Mục lục

LỜI GIỚI THIỆU
LỜI NÓI ĐẦU
LỜI CẢM ƠN
LỜI CẢM ƠN ĐẶC BIỆT
LỜI ĐỀ TẶNG
LỜI CẢM ƠN GỬI MẸ
Dẫn nhập Tư duy "Cấp & Thoát Nước" trong Tiết Niệu
PHẦN I: NỀN TẢNG

- Chương 1. Giải phẫu & sinh lý hệ tiết niệu & sinh dục
- Chương 2. Triệu chứng học "dịch từ đời thường" (LUTS, đau quặn, đái máu, bí tiểu…)
- Chương 3. Khám lâm sàng có cấu trúc: "3 phút vàng → 30 phút vàng hơn"
- Chương 4. Cận lâm sàng "vừa đủ": nước tiểu, siêu âm, uroflow/PVR - CT/MRI, nội soi
- Chương 5. Nguyên tắc ưu tiên: an toàn – giải áp – kiểm soát nhiễm – tìm nguyên nhân – theo dõi có mốc

PHẦN II: NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG TIẾT NIỆU & SINH DỤC

- Chương 6. Tổng quan: phân loại yếu tố nguy cơ & kháng sinh đồ thực hành
- Chương 7. Nhiễm khuẩn thận (viêm bể thận, biến chứng, tắc + nhiễm, chỉ định giải áp cấp)
- Chương 8: Viêm bàng quang (không biến chứng/biến chứng; phụ nữ, người già, mang thai)
- Chương 9. Viêm tuyến tiền liệt (cấp, mạn; hội chứng đau chậu)
- Chương 10. Viêm mào tinh – tinh hoàn & phân biệt xoắn tinh hoàn
- Chương 11. Bệnh lây truyền qua đường tình dục ảnh hưởng tiết niệu & nam khoa

Phần III. SỎI ĐƯỜNG TIẾT NIỆU

Chương 12. Cơ chế hình thành sỏi – đánh giá chuyển hóa – phòng ngừa tái phát
Chương 13. Sỏi thận: chọn URS/PCNL/ESWL theo kích thước & vị trí
Chương 14. Sỏi niệu quản: ba "điểm kẹt" kinh điển – khi nào cần JJ/PCN cấp cứu
Chương 15. Sỏi bàng quang: chỉ định tán nội soi – xử lý nguyên nhân tồn lưu
Chương 16. Sỏi niệu đạo: chiến lược gỡ "kẹt van" an toàn

Phần IV – BẾ TẮC ĐƯỜNG TIỂU

Chương 17. Thận ứ nước; nhìn bằng hình ảnh, giải bằng lý trí
Chương 18. Hẹp niệu quản – bài học về đường vòng
Chương 19. Bí tiểu – khoảnh khắc dòng nước ngừng thở
Chương 20. Hẹp niệu đạo – con đường hẹp nhất của nghề niệu
Đúc kết – Nghề của dòng nước, đạo của sự mở đường

Phần V – U/BƯỚU ĐƯỜNG TIẾT NIỆU & SINH DỤC

Chương 21 – Bướu lành thận: u nang & phân loại Bosniak (tiếp cận thực hành)
Chương 22 – Ung thư thận: Giữ lại phần lành của sự sống
Chương 23 – Ung thư bàng quang: Giữ lòng kiên trì trước dòng nước lặp lại
Chương 24 – Bướu lành tuyến tiền liệt (BPH): Nghệ thuật sống chậm và đi tiểu đúng nhịp
Chương 25 – Ung thư tuyến tiền liệt: ranh giới mỏng giữa "làm quá" và "bỏ sót"
Chương 26 – Ung thư dương vật: Giữa sinh tồn và nhân phẩm
Chương 27 – Ung thư tinh hoàn: cứu cơ thể, giữ tương lai

Phần VI. CHẤN THƯƠNG ĐƯỜNG TIẾT NIỆU & SINH DỤC

Chương 28. Chấn thương thận – phân độ AAST, chọn bảo tồn hay can thiệp
Chương 29. Tổn thương niệu quản – nhận diện sớm sau mổ, xử trí theo vị trí
Chương 30. Vỡ bàng quang – trong/ngoài phúc mạc, khi nào mổ, khi nào chỉ dẫn lưu
Chương 31. Chấn thương niệu đạo, phân loại trước/sau; đặt thông trên xương mu & tái tạo
Chương 32. Gãy dương vật & đứt đoạn dương vật – cấp cứu và phục hồi chức năng
Chương 33. Chấn thương tinh hoàn; mất da bìu – dương vật: che phủ & bảo tồn

Phần VII. CẤP CỨU TIẾT NIỆU

Chương 34. Cơn đau quặn thận – giảm đau – chống nôn – chẩn đoán hình ảnh – theo dõi tống sỏi
Chương 35. Bí tiểu cấp – Giải áp trước rồi tìm nguyên nhân sau
Chương 36. Vô niệu – phân biệt trước thận / hậu thận, và luôn ưu tiên giải áp khi nghi tắc
Chương 37. Suy thận cấp & mạn – nhận diện nhanh, xử trí nền, và chỉ định lọc máu tạm thời
Chương 38. Tiểu máu đại thể – phân tầng nguy cơ, khi nào nội soi ngay
Chương 39. Sốc nhiễm khuẩn tiết niệu – kháng sinh tĩnh mạch & giải đáp ưu tiên (JJ/PCN)
Chương 40. Cương đau dương vật kéo dài (Priapism): phân loại thiếu máu/không thiếu máu – đường chọc hút và xử trí thực hành
Chương 41. Hoại thư Fournier – debridement sớm – kháng sinh đúng – hồi sức vững

Phần VIII. DỊ TẬT BẨM SINH ĐƯỜNG TIẾT NIỆU & SINH DỤC

Chương 42. Dị tật thận (thận móng ngựa, thận đôi, thận lạc chỗ…) – khi nào cần can thiệp
Chương 43. Dị tật niệu quản – trào ngược bàng quang–niệu quản (VUR), hẹp khúc nối bể thận–niệu quản (UPJ), niệu quản lạc chỗ; những chỉ định mổ thật sự

Chương 44. Dị tật bàng quang – từ “cổ cao” đến exstrophy, nơi ranh giới giữa niệu và ngoại nhi mờ dần
Chương 45. Dị tật niệu đạo & dương vật – lỗ tiểu lệch thấp/cao, hẹp bẩm sinh: bài học của sự tinh tế và kiên nhẫn trong tái tạo
Chương 46. Dị tật bìu & tinh hoàn – ẩn tinh hoàn, tinh hoàn lạc chỗ (Sớm một năm, đôi khi là cứu cả tương lai sinh sản)

Phần IX – BỆNH NAM GIỚI

Chương 47. Rối loạn cương – Khi dòng máu lạc nhịp và lòng tin hụt hơi
Chương 48. Rối loạn xuất tinh: thôi đua, xin mời… về đúng nhịp
Chương 49. Vô sinh – hiếm muộn nam: cuộc điều tra của những người kiên nhẫn
Chương 50. Rối loạn biệt hoá giới tính, lời tâm sự ở ranh giới giữa khoa học và lòng người
Chương 51. Tình dục đồng giới – bác sĩ không phán xử, chỉ đồng hành (viết đồng cảm, thực tế, an toàn và tôn trọng)

Phần X – BỆNH TIẾT NIỆU Ở PHỤ NỮ & NGƯỜI LỚN TUỔI

Chương 52. Sa sàn chậu – gọi tên đúng mức độ “sa”, chữa vừa đủ để đời dễ hơn
Chương 53. Tiểu không kiểm soát – đặt người bệnh vào trung tâm, điều trị theo lộ trình “vừa đủ để sống thoải mái”
Chương 54. Bàng quang tăng hoạt – “môn tập kỷ luật” của cơ thể
Chương 55. Viêm bàng quang kẽ / Hội chứng đau bàng quang – khi nỗi đau nằm ngoài kết quả xét nghiệm
Chương 56. Rối loạn đường tiết niệu dưới ở người lớn tuổi – khi “đi tiểu” trở thành chuyện lớn của tuổi già

Phần XI. LỌC MÁU & GHÉP THẬN (Tri ân những người bác sĩ âm thầm “gánh dòng sông urea” mỗi ngày)

Chương 57. Chạy thận nhân tạo – giữ sự sống bằng nhịp máy và lòng người
Chương 58. Lọc màng bụng – khi người bệnh mang "nhà máy lọc" trong chính cơ thể mình
Chương 59. Ghép thận – giấc mơ hồi sinh của những quả thận từng lặng im

Phần XII. THỦ THUẬT – PHẪU THUẬT CỐT LÕI

Chương 60 – Nội soi bàng quang – đặt JJ – dẫn lưu thận qua da (Những động tác nhỏ giữ lại cả sự sống lớn)
Chương 61. Nội soi tán sỏi (URS, RIRS, mini-PCNL, ESWL): chỉ định & mẹo giảm biến chứng
Chương 62. TURP – Cắt nội soi tuyến tiền liệt: kỹ thuật, biến chứng, theo dõi
Chương 63. Tạo hình niệu đạo – tái tạo bàng quang – phẫu thuật sàn chậu
Chương 64. Hồi phục chức năng & phục hồi sau mổ

Phần XIII. PHÒNG BỆNH & TỰ CHĂM SÓC (Khi y học không còn là chuyện của bệnh viện, mà trở về với từng cốc nước, giấc ngủ, và thói quen thường ngày)

Chương 65 – Uống nước sao cho đúng: khi mỗi ngụm nước là một sự thấu hiểu với cơ thể mình
Chương 66 – Ăn uống & lối sống phòng sỏi, LUTS, nhiễm tái phát (Cơ thể khỏe không nhờ thuốc, mà nhờ nếp sống đúng bắt đầu từ bữa ăn giản dị mỗi ngày)
Chương 67 – Dấu hiệu cần đi khám niệu khoa & chuẩn bị cho buổi khám (Khi hiểu đúng, đến đúng lúc – bạn đã giúp bác sĩ đi nửa đường trong chẩn đoán)
Chương 68 – Theo dõi sau điều trị: nhật ký bàng quang, IPSS, PVR & mốc tái khám (Tự đo – tự ghi – tự hiểu: biến hồi phục thành thói quen khoa học)

Phụ lục A – Từ điển thuật ngữ "Niệu học phiên dịch" (Việt – Anh)
Phụ lục B – Sơ đồ quyết định nhanh trong thực hành niệu khoa
Phụ lục C – MẪU "PHIẾU TÓM TẮT KHÁM TIẾT NIỆU" &

LỜI GIỚI THIỆU

Tôi đến với niệu khoa không phải bằng một kế hoạch to tát nào cả. Ngày đầu trực khoa, tôi chỉ nhớ có bệnh nhân đau quặn thận đến mức lăn lộn, mồ hôi vã như tắm, và tôi một bác sĩ trẻ, run tay cắm ven bỗng nhận ra rằng: có những cơn đau chỉ khi chứng kiến tận mắt mới hiểu được giá trị của sự nhẹ nhõm.

Rồi tôi ở lại với niệu khoa, lâu dần thành gắn bó. Cái ngành tưởng khô khan toàn "ống, van, sỏi, nước tiểu" hóa ra lại chứa đủ cả nhân sinh. Mỗi lần nghe tiếng thở phào của người bệnh sau khi bí tiểu được giải áp, hay nụ cười khi bệnh nhân nói: "Đêm qua tôi ngủ một mạch, không dậy lần nào", tôi thấy nghề này có một niềm vui lặng lẽ niềm vui được trả lại điều bình thường cho người khác.

Niệu khoa tổng hợp ra đời không để viết thêm một cuốn "sách dạy" nữa. Tôi muốn nó là một cuốn sổ tay lớn, ghi lại những điều tôi đã học, đã làm, và đã nghĩ trong hơn mười năm làm nghề. Một phần từ sách vở, một phần từ ca bệnh thật, và phần còn lại từ chính những con người mà tôi gặp: bệnh nhân,

đồng nghiệp, sinh viên, và cả những người hỏi tôi những câu tưởng đơn giản mà không dễ trả lời:

“Tại sao tôi đi tiểu nhiều thế?” “Sao cơn đau này cứ quay lại?” “Cái bệnh của tôi có phải do mình sống vội quá không bác sĩ?”

Vì thế, mỗi chương trong sách không chỉ liệt kê bệnh lý, mà cố gắng kể lại câu chuyện lâm sàng: triệu chứng đến như thế nào, vì sao lại như vậy, làm sao nghĩ đúng, xử trí ra sao, và quan trọng hơn *khi nào nên dừng lại để lắng nghe người bệnh.*

Tôi tin rằng:

Y học không chỉ là trị bệnh, mà là hành trình hiểu con người qua từng cơ thể.

Người thầy thuốc giỏi không chỉ giỏi vì thuộc hết các guideline, mà vì biết nhìn thấy *con người* phía sau những con số xét nghiệm, biết khi nào cần can thiệp, và khi nào nên chờ thêm một nhịp thở. Niệu khoa, xét cho cùng, không phải là ngành “xử lý nước tiểu”, mà là ngành giúp con người giữ lại phẩm chất sống tự nhiên nhất – được tiểu tiện, được nghỉ ngơi, được thanh thản.

Trong *Niệu khoa tổng hợp*, tôi sắp xếp lại mọi thứ một cách hệ thống từ giải phẫu, sinh lý, triệu chứng, đến điều trị, cấp cứu, và chăm sóc lâu dài. Nhưng tôi cố giữ giọng văn giản dị, dễ đọc, vì tôi muốn bác sĩ nội trú, sinh viên y, hay bác sĩ tuyến cơ sở, ai cũng có thể mở ra là hiểu, đọc xong là làm được. Không có câu chữ khoe khoang, chỉ có kinh nghiệm được chắt ra từ thực hành.

- Mỗi phần của sách đều có:
- Khung lý thuyết rõ ràng,
- Nguyên tắc xử trí "vừa đủ",
- Cạm bẫy thường gặp,
- Và đôi khi, là một câu chuyện thật để nhớ lâu hơn cả bài học.

Tôi biết, làm nghề y đôi khi cô đơn. Giữa những đêm trực, có khi chỉ có tiếng máy bơm dịch và ánh đèn vàng nhạt. Nhưng nếu ai đó mở cuốn sách này giữa ca trực, và tìm được một dòng giúp họ xử trí ca bệnh tự tin hơn, hay chỉ đơn giản thấy "à, mình không đơn độc", thì với tôi đó là lý do đủ lớn để viết.

Xin gửi lời tri ân tới các thầy cô đã dạy tôi, đồng nghiệp đã cùng tôi đi qua những ca khó, và bệnh nhân những người đã vô tình dạy tôi nhiều hơn cả sách vở.

Hy vọng rằng, *Niệu khoa tổng hợp* sẽ là người bạn đồng hành tin cậy trên hành trình làm nghề, một cuốn sách nhỏ, nhưng chứa đựng lòng yêu nghề và niềm tin vào giá trị của sự hiểu biết giản dị, chính xác, và nhân hậu.

Nguyễn Đông Hưng

LỜI NÓI ĐẦU

Có người hỏi tôi:

“Vì sao anh chọn niệu khoa, cái ngành mà nghe thôi đã thấy... ‘ướt át’ và khó nói?”

Tôi cười:

“Vì tôi thấy ở đó có đủ cả sự chính xác của khoa học và sự tinh tế của con người.”

Trong niệu khoa, mỗi bệnh nhân là một bài toán nhỏ, nhưng đòi hỏi ta không chỉ giải bằng lý trí mà còn bằng sự lắng nghe. Bởi đôi khi, bệnh không nằm ở thận hay bàng quang, mà ở sự e ngại, mặc cảm, hay im lặng của người bệnh. Và chính trong cái “im lặng” ấy, người thầy thuốc phải biết cách nghe bằng tâm hơn là tai.

Y học hiện đại tiến rất nhanh, máy móc, kỹ thuật, guideline thay đổi từng năm. Nhưng giữa muôn trào lưu đó, có một điều vẫn không đổi:

Con người chữa cho con người.

Một bác sĩ niệu khoa giỏi không chỉ biết tán sỏi

hay đọc CT, mà phải hiểu vì sao người bệnh sợ, vì sao họ giấu bệnh, và vì sao một câu nói nhẹ nhàng lại có thể làm họ tin tưởng mở lòng. Niệu khoa nhìn vậy thôi là ngành của sự khiêm nhường và kiên nhẫn: ta không thể vội, vì mọi đường ống trong cơ thể đều cần thời gian để "thông suốt" cả nghĩa đen lẫn nghĩa bóng.

Cuốn *Niệu khoa tổng hợp* được viết ra với mong muốn đó: tổng hợp, hệ thống, nhưng giữ hơi thở thật của lâm sàng; đủ khoa học cho người hành nghề, đủ mộc mạc để người đọc cảm được.

Tôi không cố viết sách "cao siêu", mà chỉ mong mỗi trang đều có giá trị sử dụng – để bác sĩ trẻ cầm lên là thấy mình trong đó, để người bệnh đọc cũng hiểu phần nào thân thể mình.

Mỗi phần của sách đều được viết với một nguyên tắc:

Hiểu để làm đúng, chứ không để nói cho hay.

Trong nghề y, có hai loại kiến thức: – Một loại học được từ sách. – Một loại chỉ học được từ *ánh mắt bệnh nhân sau khi hết đau.*

Loại thứ hai mới là thứ kiến thức khiến chúng ta lớn lên. Và cũng chính loại đó, tôi muốn chia sẻ lại trong từng dòng của cuốn sách này. Tôi biết, con đường y học dài, gập ghềnh và không ít lúc khiến ta nghi ngờ chính mình. Nhưng nếu có điều gì giữ ta ở lại với nghề, thì đó chính là cảm giác rất nhỏ bé mà thiêng liêng khi nhìn thấy một người bệnh mỉm cười sau cơn đau, hay khi nghe họ nói:

“Bác sĩ ơi, đêm qua tôi ngủ ngon lắm.”

Khoảnh khắc ấy giản dị, yên bình là phần thưởng lớn nhất của nghề.

Tôi xin gửi cuốn *Niệu khoa tổng hợp* này đến các đồng nghiệp, sinh viên y, và những ai đang học cách hiểu con người thông qua cơ thể. Hy vọng, dù bạn đọc nó ở phòng khám, trong đêm trực, hay giữa giờ cà phê ngắn ngủi, bạn cũng thấy một điều mà tôi luôn tin:

Làm y là học cách sống chậm lại, nghe kỹ hơn, và thương con người hơn một chút.

Nguyễn Đông Hưng

LỜI CẢM ƠN

Không ai có thể viết nên một cuốn sách một mình, nhất là một cuốn sách về nghề y, nghề luôn bắt đầu từ người khác và dành cho người khác.

Trước hết, tôi xin gửi lòng biết ơn sâu sắc đến các thầy cô đã dạy tôi nghề y, không chỉ bằng bài giảng, mà bằng tấm gương. Những bài học về cách đặt một ống thông, đọc một phim siêu âm, hay đơn giản là cách nói một câu an ủi đúng lúc đều đã ở lại trong tôi, lâu hơn mọi bài kiểm tra.

Tôi biết ơn các đồng nghiệp và đàn em những người cùng tôi đi qua bao ca trực dài, bao ca mổ căng thẳng, bao cuộc hội chẩn mà phía sau là trách nhiệm với sinh mạng con người. Những câu chuyện, kinh nghiệm và cả tiếng cười giữa hành lang bệnh viện là phần không thể thiếu của cuốn sách này.

Xin cảm ơn bệnh nhân những người thầy thầm lặng đã dạy tôi hiểu về giới hạn của kiến thức và sức mạnh của lòng tin. Mỗi nụ cười, mỗi cái bắt tay, mỗi lần họ quay lại tái khám với ánh mắt bình thản là nguồn động lực khiến tôi tiếp tục làm nghề, và

viết nên những dòng này.

Tôi cũng xin cảm ơn gia đình và những người thân yêu những người luôn chờ tôi những đêm trực muộn, luôn hiểu và bao dung cho những giờ tôi vắng nhà vì bệnh nhân. Không có họ, tôi đã không thể có đủ bình tâm để viết ra từng trang sách.

Cuối cùng, xin cảm ơn độc giả những người đã mở cuốn *Niệu khoa tổng hợp* này bằng sự tin tưởng và tò mò học hỏi. Nếu những trang sách này giúp bạn hiểu thêm một chút về cơ thể, làm nghề y chắc tay hơn một chút, hay đơn giản chỉ là tin hơn vào ý nghĩa của công việc mình làm — thì đó là phần thưởng quý giá nhất mà tôi có thể nhận được.

Xin tri ân tất cả.

Nguyễn Đông Hưng

LỜI CẢM ƠN ĐẶC BIỆT

Trên con đường học tập và làm nghề, tôi may mắn được đứng trên vai của những người thầy, những tấm gương đã âm thầm soi sáng từng bước đi của mình.

Trước hết, tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc nhất đến cha tôi - PGS.TS Nguyễn Văn Xuyên, người đã dạy tôi không chỉ bằng lời nói, mà bằng chính sự nghiêm khắc, chuẩn mực và tận tụy với nghề. Cha là người không bao giờ dễ dãi với tôi, nhưng cũng chưa bao giờ thôi tin tưởng tôi. Sự nghiêm khắc của cha giúp tôi hiểu rằng:

“Muốn làm nghề y cho tử tế, trước hết phải làm người cho ngay thẳng.”

Tôi cũng xin gửi lòng tri ân đến thầy BS CKII Vũ Thắng, người thầy đức độ và tận tâm đã chỉ dạy tôi từng thao tác nhỏ, từng nguyên tắc lớn. Thầy không chỉ dạy tôi cách cầm dao, mà còn dạy tôi cách giữ bàn tay yên, giữ tấm lòng mềm. Sự tỉ mỉ, cẩn trọng và nhân hậu của thầy là tấm gương mà tôi luôn tự nhắc mình phải noi theo mỗi ngày.

Xin cảm ơn các đồng nghiệp và anh em tại Bộ môn – Khoa Phẫu thuật Tiết niệu (BM7., Học viện Quân y, những người đã đồng hành cùng tôi từ những ngày đầu bỡ ngỡ khi mới về công tác. Chính môi trường ấy, với tinh thần đồng đội, sự sẻ chia và niềm say mê học hỏi, đã nuôi dưỡng tôi thành người bác sĩ như hôm nay. Những ca mổ đầu tiên, những buổi trực dài, những cuộc hội chẩn thâu đêm tất cả đã trở thành ký ức quý giá mà tôi luôn mang theo.

Nếu trong cuốn *Niệu khoa tổng hợp* này có điều gì đáng quý, thì đó không chỉ là công sức của riêng tôi, mà là kết tinh của những bài học, tình cảm, và niềm tin mà cha, thầy và các đồng nghiệp đã trao cho tôi trong suốt hành trình làm nghề.

Xin cúi đầu tri ân.

Nguyễn Đông Hưng

LỜI ĐỀ TẶNG

Kính tặng Cha – PGS.TS Nguyễn Văn Xuyên Người thầy đầu tiên của con, đã dạy con biết sống ngay thẳng, làm nghề tử tế và giữ trái tim ấm dù trong môi trường nghiêm cẩn nhất.

Kính tặng Thầy – BS CKII Vũ Thắng Người đã dìu dắt con bằng sự tỉ mỉ, tận tâm và nhân hậu – cho con hiểu rằng một bác sĩ giỏi là người vừa vững tay nghề, vừa biết thương người bệnh.

Gửi tặng các đồng nghiệp tại Bộ môn – Khoa

Phẫu thuật Tiết niệu (BM7., Học viện Quân y Những người anh em đã cùng con chia sẻ những đêm trực dài, những ca mổ khó và cả niềm vui giản dị của người làm nghề.

“Tri thức được truyền dạy bằng lời, nhưng nhân cách nghề y chỉ được trao bằng tấm gương và tình thương.”

Nguyễn Đông Hưng

LỜI CẢM ƠN GỬI MẸ

“Tặng Mẹ – Bác sĩ Trần Kim Chi người đã dạy con biết thương người trước khi học y khoa, biết giữ lòng nhân từ trước khi trở thành bác sĩ.”

Con xin được cúi đầu tri ân Mẹ – Bác sĩ Trần Kim Chi, người từng công tác tại Bộ môn – Khoa Nội Truyền nhiễm (AM5., Học viện Quân y, người đã ra đi cách đây hai mươi lăm năm vì căn bệnh hiểm nghèo, nhưng hình bóng và tấm gương của Mẹ vẫn luôn ở lại trong con, trong từng ca bệnh, từng đêm trực, từng quyết định nhỏ của một người bác sĩ.

Con vẫn nhớ Mẹ dạy con từ thuở nhỏ:

“Làm thầy thuốc là để cứu người, nhưng trước hết phải học cách thương người.”

Khi con khoác lên mình chiếc áo blouse, con vẫn nghe thấy lời Mẹ đâu đó trong tiếng tim bệnh nhân, trong hơi thở gấp gáp của người bệnh, trong niềm vui nhỏ bé khi giúp ai đó bớt nỗi niềm đau khổ.

Mẹ ra đi sớm, nhưng di sản Mẹ để lại cho con không phải là những tấm bằng hay danh hiệu, mà là

tấm lòng của một người thầy thuốc biết thương, biết chịu, và biết cho đi.

Hơn hai mươi lăm năm, nỗi nhớ không nguôi. Con viết cuốn *Niệu khoa tổng hợp* này, ngoài tri thức và nghề nghiệp, còn có trong đó một phần trái tim phần Mẹ đã để lại cho con.

“Mẹ không còn, nhưng ánh sáng Mẹ trao vẫn đủ để con đi tiếp.”

Xin dâng tặng cuốn sách này như một nén hương lòng – gửi về Mẹ, người đã dạy con làm người và làm thầy thuốc.

Nguyễn Đông Hưng

Dẫn nhập
Tư duy "Cấp & Thoát Nước" trong Tiết Niệu

(Bản đồ, ngôn ngữ triệu chứng, quy trình 4 lớp)

Nếu coi cơ thể như một thành phố thu nhỏ, thì hệ tiết niệu chính là hệ thống "cấp – thoát nước" tinh vi nhất mà tạo hóa đã thiết kế. Thận làm nhà máy lọc, niệu quản là ống dẫn, bàng quang là bể chứa, niệu đạo là cửa xả, và tuyến tiền liệt ở người đàn ông là trạm thu phí đôi khi… tăng giá vô cớ. Tất cả phối hợp nhịp nhàng, dưới sự điều khiển của một "trung tâm vận hành" gồm não, tủy và các dây thần kinh giao cảm, phó giao cảm. Chỉ khi hiểu được cơ chế đó, ta mới có thể nghe và hiểu "ngôn ngữ của nước tiểu".

Trong niệu khoa, có ba vấn đề gốc cần nhớ: kẹt – bẩn – lệch nhịp. "Kẹt" nghĩa là tắc nghẽn – nước không thoát được vì sỏi, u, phì đại tiền liệt hay hẹp niệu đạo. "Bẩn" là nhiễm trùng – vi khuẩn xâm nhập khiến dòng chảy bị đục, có mùi, có viêm. "Lệch nhịp" là mất điều phối – bàng quang và thần kinh không cùng nhịp, gây són, bí hoặc tiểu không kiểm

soát. Mọi triệu chứng tiết niệu đều quy về một trong ba nhóm ấy. Câu hỏi đầu tiên của người thầy thuốc không phải là “bị bệnh gì?”, mà là “đường nước này đang bị kẹt, bẩn, hay lệch nhịp?”.

Nếu hình dung bằng bản đồ, hành trình của một giọt nước tiểu bắt đầu từ thận, nơi lọc và cô đặc dịch thừa, đi qua khúc nối bể thận – niệu quản, xuôi theo đoạn bắt chéo mạch chậu rồi đổ vào bàng quang. Từ đó, dòng chảy sẽ đi qua cổ bàng quang, cơ thắt và niệu đạo ra ngoài. Ở nam, niệu đạo đi xuyên qua tuyến tiền liệt vị trí hay gặp rắc rối nhất khi tuổi cao; ở nữ, đoạn niệu đạo ngắn và thẳng, nên dễ nhiễm nhưng hiếm tắc. Nhìn sơ đồ này, ta sẽ hiểu vì sao có người đau quặn hông lưng (tắc ở trên), có người tiểu buốt rát (viêm ở giữa), có người tia yếu, rặn lâu (nghẽn ở dưới).

Ngôn ngữ triệu chứng của tiết niệu tuy phong phú nhưng có thể quy gọn lại vài nhóm chính. Thứ nhất là LUTS – các rối loạn tiểu tiện thấp, gồm hai nhóm: tồn trữ và tống xuất. Nhóm tồn trữ là những than phiền như tiểu nhiều lần, tiểu gấp, đêm dậy, són – nói nôm na là “bàng quang quá nhạy, mở sớm”. Nhóm tống xuất lại là “bàng quang bóp hoài không xong”: tia yếu, ngắt quãng, rặn lâu, tiểu chưa

hết. Thứ hai là đau quặn thận - cơn đau dữ dội, lan xuống bẹn, bệnh nhân vật vã, không nằm yên; đó là khi viên sỏi mắc ở một trong ba chỗ hẹp tự nhiên của niệu quản. Thứ ba là đái máu biểu hiện đỏ, sậm, hay chỉ phát hiện trên que thử; nếu máu xuất hiện đầu bãi, nghĩ niệu đạo; cuối bãi, nghĩ cổ bàng quang hoặc tiền liệt; còn toàn bãi, phải nghĩ cao hơn, ở bàng quang hoặc thận. Và cuối cùng là bí tiểu cấp – người bệnh không tiểu được, bụng căng, đau tức; xử trí đúng là giải áp kịp thời, không bàn luận dài.

Trong thực hành, tư duy "cấp – thoát nước" luôn đi kèm một quy trình khám và chẩn đoán có kỷ luật, gọi là quy trình bốn lớp. Lớp đầu tiên – "ba phút vàng" – là nhận diện ngay các tình huống nguy hiểm: đau quặn kèm sốt (tắc + nhiễm), bí tiểu cấp, hay đái máu đại thể tái diễn ở người nguy cơ cao. Đây là những tình huống không được phép chờ, phải xử trí song song với chẩn đoán. Lớp thứ hai là bệnh sử có cấu trúc: hỏi diễn tiến, yếu tố làm nặng, thuốc đang dùng, bệnh kèm (đái tháo đường, thần kinh), và ảnh hưởng đến sinh hoạt. Một câu hỏi như "Anh có hay phải tìm nhà vệ sinh gấp không?" đôi khi giá trị hơn cả một xét nghiệm đắt tiền. Lớp thứ ba là khám mục tiêu: xem có cầu bàng quang, gõ hông

lưng, khám trực tràng ở nam để ước lượng tiền liệt tuyến, khám sàn chậu ở nữ để phát hiện sa tạng. Và lớp cuối cùng là cận lâm sàng vừa đủ: nước tiểu, siêu âm đo tồn lưu sau tiểu (PVR), thêm uroflow, PSA hay CT khi thật cần. Nguyên tắc: chỉ làm xét nghiệm nào có thể khiến bạn thay đổi quyết định điều trị.

Để không lạc trong biển triệu chứng, bác sĩ tiết niệu luôn có ba "sơ đồ quyết định" trong đầu. Thứ nhất là sơ đồ của tắc + nhiễm, còn gọi là "đèn đỏ": khi bệnh nhân vừa sốt vừa đau hông lưng, phải nghĩ đến nhiễm trùng trên nền tắc nghẽn. Xử trí đúng là song song: lấy mẫu cấy, dùng kháng sinh tĩnh mạch, và quan trọng nhất là giải áp đường niệu – đặt JJ hoặc dẫn lưu thận. Ổn rồi mới tính chuyện sỏi. Thứ hai là sơ đồ LUTS ở nam: phân nhóm tồn trữ hay tống xuất, đo PVR, nếu PVR thấp thì nghĩ bàng quang tăng hoạt, nếu cao thì nghĩ cản trở do BPH hoặc hẹp. Thứ ba là sơ đồ đái máu: phân loại đầu, cuối, toàn bãi; nguy cơ cao thì nội soi bàng quang kết hợp chẩn đoán hình ảnh đường tiết niệu trên.

Làm nghề, ai cũng gặp bệnh nhân kể: "Bác sĩ ơi, tôi đau lưng, chắc thận yếu"; hay "đêm đi tiểu nhiều quá, chắc già rồi chịu thôi". Công việc của ta là dịch

lại những câu nói đó thành ngôn ngữ y khoa, rồi "dịch ngược" lại cho bệnh nhân hiểu bằng lời bình dân. Ví dụ, một ông cụ 60 tuổi than "đứng tiểu lâu lắm" – ta hiểu đó là LUTS tống xuất, cần đo PVR; một cô gái trẻ nói "buốt rắt, đi suốt ngày" – nghĩ đến viêm bàng quang cấp, nước tiểu cấy khuẩn; hay một người trung niên nói "nước tiểu đỏ, mà không đau" lúc ấy, bác sĩ phải nhớ: đái máu không đau là dấu hiệu đáng sợ hơn đái máu có đau.

Cái khó trong niệu khoa không chỉ là giải phẫu phức tạp, mà là cách nghĩ. Nếu bạn nhìn hệ tiết niệu bằng con mắt của một kỹ sư công trình, bạn sẽ thấy tất cả đều là chuyện của áp lực, kháng lực và dòng chảy. Nhưng nếu bạn nhìn bằng mắt của một người thầy thuốc, bạn sẽ thấy thêm một điều nữa: đó là sự điều phối tinh tế giữa ý thức và bản năng. Đi tiểu là hành động tự nhiên, nhưng để "đi được bình thường", cơ thể phải phối hợp hàng chục cơ quan. Khi một mắt xích trục trặc, nhiệm vụ của bác sĩ là tìm ra nó, sửa đúng chỗ, không thừa không thiếu.

Tư duy "cấp & thoát nước" giúp ta gỡ rối mọi tình huống: một bên sỏi, bên kia nhiễm; một người bí tiểu, một người són; một giọt máu trong nước tiểu hay một cơn đau bất ngờ. Chỉ cần giữ nguyên

trình tự bốn lớp: phát hiện cờ đỏ – hỏi có cấu trúc – khám đúng chỗ – làm xét nghiệm đổi quyết định, bạn sẽ không bỏ sót gì quan trọng.

Nhìn rộng ra, học niệu khoa cũng là học cách sống. Dòng nước trong cơ thể, như dòng đời ngoài kia, chỉ cần chảy đúng hướng là mọi thứ sẽ ổn. Khi bị "kẹt", ta cần bình tĩnh mở nút; khi "bẩn", phải làm sạch; khi "lệch nhịp", hãy điều hòa lại. Y học cũng như vậy – không cần quá phức tạp, chỉ cần nhìn thẳng, hiểu đúng, và làm vừa đủ.

"Trong mỗi ca bệnh, có một bài học về cơ chế và một bài học về con người. Hiểu được cả hai, ta mới thật sự hiểu Tiết Niệu."

PHẦN I: NỀN TẢNG

Chương 1. Giải phẫu & sinh lý hệ tiết niệu & sinh dục

Cơ thể người, nếu ví như một thành phố, thì hệ tiết niệu chính là ngành cấp–thoát nước tinh vi nhất mà tạo hóa đã dựng nên. Hai quả thận lặng lẽ lọc máu suốt ngày đêm; niệu quản là những tuyến ống âm thầm đưa dòng nước đã xử lý về bể chứa; bàng quang là kho chứa biết im lúc cần và biết co bóp đúng khi; niệu đạo là cửa xả cuối cùng; còn tuyến tiền liệt ở người đàn ông thì giống một trạm thu phí, bình thường không sao nhưng đến tuổi trung niên bỗng… tăng phí, làm cả dòng xe kẹt lại. Tất cả phối hợp dưới bàn tay điều phối của hệ thần kinh: từ vỏ não nghĩ "đi thôi", tới cầu não đèn xanh đèn đỏ, xuống tủy cùng truyền lệnh, rồi giao cảm – phó giao cảm – thần kinh thẹn nhịp nhàng mở & đóng. Chỉ cần một mắt xích lệch nhịp, cả hành trình vốn trơn tru liền trở nên lấn cấn: tiểu buốt, tiểu rắt, bí tiểu, đái máu, đau quặn…

Thận là nhà máy lọc nhưng không chỉ lọc. Ở đó có hàng triệu nephron, mỗi cái như một dây chuyền

vi mô. Dịch thô được lọc qua cầu thận nhờ chênh áp, đi qua bao Bowman bước vào ống lượn gần, nơi cơ thể "lấy lại" phần lớn nước, muối, đường, amino acid; xuống quai Henle tạo độ dốc thẩm thấu giữa vỏ và tủy để sau này cô đặc nước tiểu; lên ống lượn xa và ống góp thì được tinh chỉnh lần cuối dưới sự quản lý của aldosterone và ADH. Bộ máy cận cầu thận đứng gác ở ngã tư: thấy huyết áp thấp là giải renin, gọi RAAS vào cuộc, co mạch, giữ muối nước, nâng áp lực cho an toàn. Chuyện vi mô nghe có vẻ xa, nhưng bước ra phòng khám nó hóa thành những điều gần gũi: creatinin tăng là dấu hiệu GFR giảm, phải nghĩ đủ ba nhóm tiền thận – tại thận – hậu thận; người đau hông lưng khi đài–bể thận giãn ra là vì bao thận căng; người bệnh thận mạn hay xanh xao vì thiếu EPO. Và nhất là, giữa muôn nguyên nhân làm suy thận, người làm niệu không bao giờ quên nhóm "hậu thận": tắc nghẽn đường thoát.

Từ bể thận, nước tiểu xuống niệu quản. Một ống dài chừng hai gang tay, đi sau phúc mạc, uốn lượn vượt mạch chậu để đổ vào bàng quang. Nó có ba chỗ hẹp tự nhiên: khúc nối bể thận–niệu quản, đoạn bắt chéo mạch chậu, và chỗ đổ vào bàng quang. Ba điểm này đúng là ba "bãi kẹt" của sỏi. Bình thường,

lớp cơ trơn của niệu quản co bóp theo sóng nhu động, đẩy nước tiểu đi, trơn tru như băng chuyền. Khi kẹt cơ học, cơ co gắng sức, sóng nhu động tăng biên độ, tạo nên cơn đau quặn đặc trưng: bệnh nhân không nằm yên, lăn qua lộn lại, đau từng cơn dội lên, lan từ lưng xuống bẹn, có khi lan tới tinh hoàn hay môi lớn. Nếu kèm sốt, đó là cờ đỏ: tắc nghẽn trên nền nhiễm trùng. Lúc ấy, điều đúng không phải là truyền thật nhiều nước "cho ra sỏi", mà là mở đường: đặt JJ hay dẫn lưu thận qua da, song song kháng sinh tĩnh mạch. Khi đường thoát đã thông, khi nhiễm yên, mới nói tiếp chuyện tán sỏi hay mổ sỏi. Kinh nghiệm trong nghề dạy tôi: sỏi có thể chờ, còn tắc + nhiễm thì không.

Bàng quang là bể chứa nhưng biết nghĩ. Thành của nó là cơ detrusor, đàn hồi đủ để chứa vài trăm mililít nước tiểu mà vẫn yên lặng, không thúc giục. Khi đầy, tín hiệu lan lên trung tâm, nếu tình thế cho phép, phó giao cảm phát lệnh co detrusor, giao cảm bớt căng cổ bàng quang, cơ thắt ngoài được "tháo khóa", nước chảy ra. Nếu giờ chưa tiện, giao cảm giữ van, cơ thắt ngoài siết chặt; bàng quang lùi một bước, yên lặng chờ. Cái nghệ thuật "im – bóp – mở – đóng" ấy đòi hỏi điều phối tinh tế. Khi lệch nhịp,

chúng ta thấy những câu chuyện đời thường: bàng quang tăng hoạt làm người ta suốt ngày mót gấp, buộc phải tìm nhà vệ sinh, đêm dậy mấy lần, nhưng đo tồn lưu lại thấp; cản trở lối ra – thường do phì đại tiền liệt tuyến hay hẹp niệu đạo – khiến tia yếu, rặn lâu, rỗng không hết, tồn lưu tăng, lâu ngày bàng quang mệt mỏi, nhiễm trùng tái diễn, thậm chí sỏi bàng quang. Có người lại bàng quang "lười co", nhất là ở bệnh thần kinh hay đái tháo đường lâu năm: đi không xong, lúc nào cũng còn ứ, muốn gì cũng khó. Trong các chỉ số của nghề, có một con số rẻ tiền mà quý giá: PVR – lượng nước tiểu còn lại sau khi tiểu. PVR thấp mà vẫn tiểu gấp, nghĩ bàng quang nhạy; PVR cao + tia yếu, nghĩ nghẽn hay giảm co bóp. Nhiều quyết định đúng hay sai bắt đầu từ con số nhỏ ấy.

Niệu đạo là cửa xả cuối. Ở nam, nó đi qua tuyến tiền liệt – "trạm thu phí" vốn lịch thiệp thời trai trẻ, nhưng bước qua tuổi ngoài bốn mươi, đôi khi bỗng khó tính. Phì đại là chuyện bình thường của sinh học, nhưng phì đại quá mức làm cản trở lối ra: dòng yếu, rặn lâu, đêm dậy, tiểu chưa hết. Khám trực tràng là thao tác giản dị mà giàu thông tin: ước lượng kích thước, mật độ, sự đối xứng; PSA là con

số nên bàn kỹ trước khi lấy, hiểu lợi – hại, tránh biến nó thành cái cớ để lo âu. Uroflow và PVR, nếu có, giúp lượng hóa dòng chảy và rỗng bàng quang. Ở nữ, niệu đạo ngắn và thẳng, gần âm đạo, thuận tiện cho vi khuẩn "đi nhờ", nên viêm bàng quang thường gặp, nhất là khi sàn chậu yếu sau sinh, sau mãn kinh. Ở đây, bài tập cơ sàn chậu có giá trị như một bài tập thể dục đúng chỗ: bền bỉ, kiên nhẫn, hiệu quả.

Đi từ giải phẫu sang sinh lý, cuối cùng vẫn quy về một công thức làm nghề: dòng chảy tỉ lệ với chênh áp và tỉ lệ nghịch với kháng lực. Kháng lực ở cửa ra tăng – như trong BPH – thì detrusor phải tăng công suất, phì đại để thắng trở lực. Thắng một thời gian rồi cũng mỏi, PVR tăng, vòng luẩn quẩn bắt đầu. Kháng lực ở đường ống tăng đột ngột – như viên sỏi kẹt – thì sóng nhu động gào lên, ta gọi nó là đau quặn. Điều phối lệch pha – như trong bàng quang tăng hoạt – thì van mở trước khi bơm quyết định, người bệnh phải chạy. Tất cả đều là câu chuyện của áp lực, kháng lực, và nhịp điều phối. Nhưng đừng quên con người: phía sau mỗi dòng chảy là một cuộc sống đang cố gắng bình thường.

Trong phòng khám, người ta kể chuyện bằng

ngôn ngữ đời thường. “Bác sĩ ơi, tôi đi rắt buốt”, “đêm dậy bốn lần, mệt quá”, “đứng mãi mới xong”, “đỏ như nước rửa thịt”… Việc của ta là dịch sang ngôn ngữ y khoa rồi lại dịch ngược về cho họ hiểu. “Rắt buốt” là dysuria, là UTI đơn giản hay phức tạp; “đêm dậy” là nocturia, có thể do bàng quang nhạy, cũng có thể vì uống nước muộn, vì ứ dịch ở chân hồi lưu ban đêm, vì rối loạn ADH ở tuổi già, thậm chí vì ngưng thở khi ngủ; “đứng mãi mới xong” là LUTS tống xuất, cần đo PVR, đo dòng, khám tiền liệt; “đỏ toàn bãi” ở người hút thuốc là cờ đỏ, nội soi bàng quang đúng lúc quan trọng hơn mười toa thuốc “chờ xem”. Một câu hỏi đặt đúng còn giá trị hơn nhiều xét nghiệm đặt sai: “Lúc nào anh dễ buồn tiểu nhất?”, “Anh có hay uống cà phê chiều, bia tối?”, “Có lần nào không kịp không?”, “Tiểu xong còn cảm giác đầy bụng không?”. Từ những câu hỏi ấy, chẩn đoán dần hiện hình.

Khám bệnh tiết niệu không nhất thiết phải dài, nhưng cần đúng thứ tự. Ba phút đầu là vàng: nhận diện cờ đỏ, đừng bỏ sót. Đau quặn kèm sốt là tắc + nhiễm; bí tiểu cấp cần giải áp; đái máu đại thể tái diễn ở người nguy cơ cần nội soi. Sau khi an toàn, mới thong thả kể chuyện. Hỏi bệnh có cấu trúc để

tránh trôi: khởi phát, diễn tiến, yếu tố làm nặng, thuốc đang dùng (vô vàn thuốc gây họa nhỏ: kháng cholinergic, thuốc cảm, opioid…), bệnh kèm thần kinh, đái tháo đường, ảnh hưởng chất lượng sống. Khám có mục tiêu, sờ cầu bàng quang, gõ hông lưng, trực tràng ở nam, sàn chậu ở nữ. Cận lâm sàng đủ dùng: que thử nước tiểu quê mà quý, soi cặn, cấy khi cần; siêu âm xem ứ nước, sỏi, đo PVR; uroflow nếu có; PSA khi đã tư vấn; CT cho sỏi; nội soi bàng quang khi chỉ định rõ. Quy tắc bất di bất dịch: chỉ làm xét nghiệm sẽ thay đổi quyết định của bạn.

Trong hành nghề, có ba “con đường mòn” trong đầu giúp ta không lạc. Con đường thứ nhất dành cho tắc + nhiễm: sốt, đau hông lưng, mạch nhanh, HA tụt, ớn lạnh – nghĩ ngay sepsis đường niệu. Lúc ấy, vừa làm vừa cứu: đặt đường truyền, lấy cấy, kháng sinh tĩnh mạch, và giải áp. Ảnh đẹp để xem sau. Con đường thứ hai dành cho LUTS nam: phân nhóm tồn trữ hay tống xuất, đo PVR; nếu PVR thấp mà lại mót gấp, hướng về bàng quang tăng hoạt; nếu PVR tăng và tia yếu, nhìn về BPH hay hẹp niệu đạo. Con đường thứ ba dành cho đái máu: phân loại đầu – cuối – toàn bãi, phân tầng nguy cơ; người nguy cơ cao thì nội soi bàng quang và khảo sát

đường tiết niệu trên là bài bản.

Nói vậy không có nghĩa mọi thứ đều thuần kỹ thuật. Có những câu chuyện chỉ được giải quyết khi người bác sĩ biết… làm người. Một cô bệnh nhân trẻ bị són khi cười, ngại nói. Một câu bình thường hóa: "Chuyện này rất hay gặp, mình nói cho rõ để đỡ phiền nhé", mở ra cả kế hoạch tập sàn chậu và điều chỉnh thói quen. Một ông cụ uống ba ly cà phê chiều, tối làm vài lon, đêm dậy bốn lần. Không phải toa thuốc đắt, mà là một tờ giấy "nhật ký bàng quang" ba ngày và một kế hoạch hẹn đo lại sau bốn tuần. Một bác lớn tuổi đái máu toàn bãi, đi vài nơi được bảo "nghỉ ngơi thêm". Chỉ cần một nội soi đúng lúc, cả cuộc đời đổi khác. Niệu khoa không khô như người ta nghĩ; nó là cách ta trả lại điều bình thường cho một con người: được đi tiểu êm, được ngủ một mạch, được bớt lo "lỡ dở giữa đường".

Ở cuối chương, tôi muốn chốt lại bằng năm ý giản dị. Thứ nhất, hãy nhìn hệ tiết niệu như một bài toán dòng chảy: áp lực – kháng lực – điều phối; nghĩ theo cách ấy, bạn sẽ tự khắc đặt đúng câu hỏi. Thứ hai, nhớ ba "nút kẹt" của niệu quản: rất nhiều cơn đau quặn được giải thích gọn ghẽ từ đó. Thứ ba, coi PVR như mỏ neo trong mọi cuộc bàn về LUTS: thấp

hướng OAB, cao nghĩ nghẽn hay giảm co bóp. Thứ tư, đau kèm sốt ở vùng niệu là đèn đỏ: giải áp và kháng sinh trước, phân tích đẹp làm sau. Thứ năm, đái máu – nhất là toàn bãi, tái diễn, ở người nguy cơ – không được xuề xòa: nội soi bàng quang cứu… tương lai. Và điều sau cùng, như một sợi chỉ đỏ xuyên suốt: khám theo bốn lớp – ba phút vàng để an toàn, bệnh sử có cấu trúc để không sót, khám mục tiêu để đúng chỗ, và cận lâm sàng vừa đủ để quyết định sáng suốt.

Niệu khoa, suy cho cùng, không phải ngành "xử lý nước tiểu", mà là ngành giúp con người giữ lại phẩm chất sống tự nhiên nhất của mình. Khi bạn nắm được bản đồ giải phẫu, hiểu cơ chế sinh lý, nghe được ngôn ngữ triệu chứng và giữ kỷ luật quy trình, bạn sẽ thấy: từ một lời than "rát rát buốt buốt" đến một quyết định điều trị đúng khoảng cách ấy không xa. Chỉ cần bình tĩnh, nhìn thẳng, hiểu đúng, làm vừa đủ, và hẹn có mốc. Phần nền tảng đến đây là vững; ở phần kế tiếp, ta sẽ "dịch" sâu hơn tiếng nói đời thường của bệnh nhân thành chẩn đoán mạch lạc, rồi chọn đúng con đường xử trí để dòng nước trong cơ thể họ lại chảy êm như xưa.

Bảng 1. Mục tiêu & Bản đồ tổng quan

Nội dung	Tóm tắt
Mục tiêu	Vẽ bản đồ hệ niệu; hiểu vai trò–vi mô–thần kinh; liên hệ triệu chứng ↔ cận lâm sàng; nhớ điểm chốt & tránh bẫy.
“Bản đồ nước”	Thận (lọc) → Niệu quản (dẫn, 3 chỗ hẹp) → Bàng quang (chứa/xả) → Niệu đạo (thoát) → (nam: tuyến TL).
Điều phối TK	Vỏ não–cầu não–tủy S2–S4; giao cảm T11–L2 (giữ) – phó giao cảm S2–S4 (xả) – thần kinh thẹn (cơ thắt ngoài).

Bảng 2. Cấu trúc, chức năng , triệu chứng gợi ý

Cấu trúc	Vai trò chính	Khi trục trặc → Triệu chứng gợi ý
Thận	Lọc, điều hòa nước–điện giải–toan kiềm; EPO;	Ứ nước → đau hông lưng; giảm GFR →

	RAAS	↑creatinin; thiếu EPO → thiếu máu
Niệu quản	Nhu động đẩy nước tiểu xuống BQ	Đau quặn lan bẹn; ± đái máu; sốt + đau = *tắc + nhiễm* (đèn đỏ)
Bàng quang (detrusor)	Im khi chứa – bóp khi xả	OAB → mót gấp/ nhiều lần/đêm dậy (thường PVR thấp); cản trở → PVR cao, tia yếu
Niệu đạo – TL (nam)	"Cửa xả" qua tuyến tiền liệt	BPH/hẹp → tia yếu, rặn, kéo dài, chưa hết
Sàn chậu (nữ)	Đỡ BQ/niệu đạo, kiểm soát áp lực	Yếu → són gắng sức (ho/cười/ chạy)

Bảng 3. Vi mô & sinh lý ứng dụng

Chủ đề	**"Chìa khóa" thực hành**
Nephron	Cầu thận (lọc) → ống gần (tái hấp thu lớn) → quai

	Henle (gradient) → ống xa/ống góp (ADH/ aldosterone tinh chỉnh).
GFR/Creatinin	↑Creatinin = ↓GFR (nghĩ tiền tại hậu thận; niệu khoa đừng quên hậu thận/tắc nghẽn).
Cô đặc NT	Cần gradient tủy + ADH + ống góp thấm nước.
Công thức dòng chảy	Flow ∝ ΔP / R: BPH ↑R → detrusor "tăng công suất" → mệt → ↑PVR; Sỏi ↑R đột ngột → đau quặn; OAB = lệch nhịp.
ADH/Nocturia	ADH đêm ↑; người già rối nhịp → tiểu đêm.

Bảng 4. Ba chỗ kẹt Niệu quản tự nhiên ý nghĩa lâm sàng

Vị trí hẹp tự nhiên	**Ý nghĩa**
UPJ (khúc nối bể thận–niệu quản)	Bãi kẹt sỏi số 1; đau cao lưng, ứ nước sớm.
Bắt chéo mạch chậu	Đau dọc hông–bụng dưới; hay nhầm đau cơ.
UVJ (chỗ đổ vào BQ)	Đau lan bẹn/sinh dục; dễ

	kèm đái máu.

Bảng 5. Triệu chứng → bước tối thiểu & xét nghiệm "đổi quyết định"

Triệu chứng chính	Nghĩ gì trước	Làm tối thiểu
Đau quặn hông lưng	Sỏi/ứ nước	Sinh hiệu; NT que/soi; siêu âm ứ nước; CT-KUB nếu cần; sốt? → giải áp + KS TM
LUTS nam (tồn trữ và tống xuất)	OAB vs BPH/hẹp vs giảm co bóp	IPSS + PVR; uroflow nếu có; DRE; cân nhắc PSA
Đái máu (đầu/ cuối/ toàn bãi)	U/sỏi/viêm	Phân tầng nguy cơ; nội soi BQ nếu nguy cơ cao/ toàn bãi tái diễn + hình ảnh đường niệu trên
Bí tiểu cấp	Cản trở/giảm co bóp/thuốc	Sonde giải áp ngay; tìm nguyên nhân; kế hoạch

		rút sonde có mốc

Bảng 6. PVR – "mỏ neo" của quyết định LUTS

PVR	**Gợi ý**	**Hướng đi**
Thấp	Bàng quang nhạy (OAB)	Điều chỉnh lối sống (giảm caffein/bia chiều, tập sàn chậu, kiểm soát giờ uống) ± antimuscarinic/ β3
Cao	Cản trở/giảm co bóp	Alpha-blocker ± 5ARI (BPH), tìm hẹp; cân nhắc urodynamics nếu nghi DU

Bảng 7. Dấu hiệu chú ý & nhầm lẫn

Cờ đỏ (hành động ngay)	**Cạm bẫy thường gặp**	**Cách né**
Sốt + đau hông lưng → *tắc + nhiễm*	Gán mọi LUTS = BPH	Luôn PVR, nghĩ OAB/ hẹp/ u

Bí tiểu cấp	Kê kháng cholinergic khi PVR cao	Đo PVR trước khi "đè" bàng quang
Đái máu toàn bãi tái diễn/nguy cơ	Bù dịch ồ ạt trong *tắc + nhiễm*	Giải áp + KS, tối ưu dịch sau
	Bỏ sót hậu thận khi ↑creatinin	Siêu âm thận–niệu sớm

Bảng 8. Hội thoại mẫu

Tình huống	**Cách nói ngắn gọn với BN**
Tắc+ nhiễm	"Ống thoát bị kẹt kèm nhiễm. Mở đường & dùng kháng sinh trước, sỏi tính sau."
LUTS nam	"Bồn chứa–cửa van phải ăn khớp. Van chật thì 'nới', bồn nhạy thì 'làm dịu'. Hẹn 4 tuần đo lại PVR/IPSS."
Đái máu	"Máu là tín hiệu quan trọng. Mình soi bàng quang để nhìn tận nơi; thủ thuật ngắn, đổi lại có

câu trả lời.”

Bảng 9. Checklist

Hạng mục	Đã làm
Xác định vị trí nghi ngờ (thận/niệu quản – bàng quang – lối ra)	☐
Phân nhóm LUTS (tồn trữ vs tống xuất) & đo PVR	☐
Sàng lọc cờ đỏ (sốt + đau, bí cấp, đái máu nguy cơ)	☐
Chỉ định cận lâm sàng đổi quyết định	☐
Hẹn có mốc (IPSS/OABSS, PVR, số lần đêm dậy, mức đau)	☐

Bảng 10. Tư duy cần đọng lại

Ý chính	Một câu để nhớ
Tư duy dòng chảy	Flow = ΔP / R: tăng kháng lực (BPH/sỏi) → rối loạn dòng.
Ba nút kẹt	UPJ – mạch chậu – UVJ:

	đường đi của cơn đau quặn.
PVR quyết định	PVR thấp → OAB; PVR cao → cản trở/DU.
Đèn đỏ	Đau + sốt: *giải áp + KS trước*; đái máu nguy cơ: *soi đúng lúc*.
Quy trình	3′ vàng → hỏi có cấu trúc → khám mục tiêu → CLS vừa đủ.

Chương 2. Triệu chứng học "dịch từ đời thường" (LUTS, đau quặn, đái máu, bí tiểu…)

Làm nghề tiết niệu lâu, tôi nhận ra một điều thú vị: bệnh nhân Việt Nam không bao giờ nói "tôi bị hội chứng đường tiểu dưới" hay "tôi nghi tắc niệu quản bên trái". Họ chỉ nói bằng thứ ngôn ngữ giản dị nhất đời: "bác sĩ ơi, tôi đi tiểu rắt quá", "nước tiểu đỏ như nước rửa thịt", "đang ngủ cứ phải dậy ba lần", hay "mót mà không ra được, khổ quá". Thế nên, muốn giỏi niệu khoa, bác sĩ phải học ngôn ngữ đời thường của bệnh nhân, rồi dịch nó sang ngôn ngữ chuyên môn của nghề, sau đó lại dịch ngược lại để giải thích cho họ hiểu mà không sợ. Đó chính là *nghệ thuật giao tiếp trong y học niệu khoa* và cũng là

kỹ năng mà trường lớp ít khi dạy.

- "Tôi đi tiểu suốt ngày" – Dấu hiệu của bàng quang "nóng tính"

Đây là câu bệnh nhân nói nhiều nhất, và cũng mơ hồ nhất. "Tiểu nhiều" có thể là thật sự tăng lượng nước tiểu (polyuria) – như ở người đái tháo đường, hoặc là tăng số lần tiểu (pollakiuria) – vì bàng quang "nhạy" quá mức. Hỏi kỹ ra, ta sẽ phân biệt được: – Nếu bệnh nhân nói "uống nước mấy ly nào, đi hết mấy ly nấy" – nghĩ đến bệnh lý chuyển hóa, nội tiết. – Còn nếu "uống không bao nhiêu mà cứ đi hoài" – thường là bàng quang tăng hoạt (OAB). Có người bảo: "Chắc tại thận yếu". Nhưng thật ra, thận khỏe quá mới vậy – nó lọc đều, chỉ có bàng quang hơi "lắm chuyện", mót tí là báo.

OAB là căn bệnh khiến bệnh nhân khổ mà ngại nói. Cứ ra đường là phải "soi toilet", đi chơi xa cũng thấp thỏm. Họ mô tả "đang ngồi họp mà bỗng buồn tiểu, không kịp là ướt luôn". Với bác sĩ, nghe vậy là biết bàng quang mất kiểm soát ức chế trung ương: tín hiệu đi tiểu khởi động sớm, cơ detrusor bóp trước khi được "cho phép". Điều cần ở đây không phải thuốc liền tay, mà là lắng nghe, loại trừ nguyên

nhân thực thể, rồi hướng dẫn tập lại nhịp đi tiểu, giảm cà phê, bia, rượu, điều chỉnh lối sống.

- "Đứng mãi mới xong" – Câu chuyện của dòng chảy bị nghẽn

Nam giới trung niên hay nói câu này, thường kèm theo "đêm dậy 2-3 lần", "nước tiểu yếu như chỉ", "rặn lâu mà chưa hết". Dịch sang tiếng nghề, đó là LUTS nhóm tống xuất (voiding symptoms) – nghĩa là bàng quang bóp nhưng "cửa ra" bị nghẽn. Thủ phạm phổ biến nhất là phì đại lành tính tuyến tiền liệt (BPH), đôi khi là hẹp niệu đạo hay giảm co bóp detrusor. Cách hỏi nhanh: "Khi tiểu xong, anh có cảm giác còn trong bụng không?", "Tia nước có bắn xa như hồi trẻ không?". Nếu câu trả lời là "còn đầy, tia yếu", hãy nghĩ đến tắc nghẽn.

Với những ông cụ này, quan trọng là đo tồn lưu sau tiểu (PVR). Nếu PVR cao, nghĩa là bàng quang bóp không hết – cần giảm kháng lực (alpha-blocker, 5ARI nếu cần). Còn nếu PVR thấp mà vẫn mót gấp, thì đừng đổ lỗi cho tiền liệt tuyến – đó là OAB đồng hành.

- "Đau quặn thận" – Cơn đau không nằm yên

Ai từng chứng kiến cơn đau quặn thận sẽ không quên được. Bệnh nhân vật vã, lăn qua lộn lại, toát mồ hôi, nôn mửa, không yên một tư thế. Điểm đặc biệt: đau di chuyển theo đường niệu quản, bắt đầu ở hông lưng, lan xuống bẹn, rồi tới bộ phận sinh dục. Đó là dấu hiệu của sỏi niệu quản bị kẹt ở một trong ba chỗ hẹp tự nhiên: khúc nối bể thận–niệu quản, bắt chéo mạch chậu, hay chỗ đổ vào bàng quang.

Điều đáng sợ nhất là khi đau kèm sốt – vì khi ấy, hệ thống bị "tắc mà có nhiễm". Nếu không giải áp kịp, nước mủ dâng lên thận, nhiễm trùng máu xảy ra rất nhanh. Vì thế, quy tắc vàng: "đau + sốt = tắc + nhiễm → giải áp trước, sỏi tính sau". Tôi từng thấy nhiều bệnh nhân được truyền nước ồ ạt "cho ra sỏi", mà thật ra chỉ làm áp lực tăng, vi khuẩn lan, thận suy cấp. Một sai lầm rất nhỏ, hậu quả rất lớn.

Sau khi giải áp xong, bệnh nhân thường kể lại: "Lúc nghe nước tiểu chảy qua sonde, nghe mừng như nghe tiếng suối". Câu đó nghe vừa vui vừa thương, vì nó nói hết giá trị của việc hiểu cơ chế dòng chảy.

- "Nước tiểu đỏ như nước rửa thịt" – Dấu hiệu không được xem nhẹ

Đái máu là triệu chứng tưởng quen mà nguy hiểm. Người ta hay đổ cho "viêm" hoặc "ăn củ dền", rồi để kệ. Nhưng đái máu không đau, toàn bãi, tái diễn, nhất là ở người trung niên hút thuốc, là dấu hiệu báo động của u bàng quang. Còn đái máu đầu bãi nghĩ đến tổn thương niệu đạo; cuối bãi nghĩ cổ bàng quang hoặc tuyến tiền liệt; toàn bãi là trên – thận hoặc bàng quang. Chỉ cần phân loại đúng, ta đã rút ngắn được nửa hành trình chẩn đoán.

Đừng quên giải thích nhẹ nhàng: "Máu trong nước tiểu là tín hiệu. Mình cần soi bàng quang để nhìn tận mắt. Thủ thuật ngắn, đổi lại là yên tâm." Nói vậy, người bệnh bớt sợ hơn là nghe "nội soi bàng quang" trơ trọi.

- "Không ra được giọt nào" – Khi bàng quang kêu cứu

Bí tiểu cấp là tình huống không ai quên được. Bệnh nhân căng tức, đau nhức, vật vã, bụng phình, rặn cũng không ra nổi. Nguyên nhân nhiều: BPH, hẹp niệu đạo, dùng thuốc kháng cholinergic, sau mổ, sau gây tê tủy sống... Xử trí đúng chỉ có một: đặt sonde giải áp ngay, đừng lo "nguy hiểm" – nguy hiểm chính là để bàng quang căng quá lâu. Sau đó

mới tính bước tiếp: tìm nguyên nhân, chỉnh thuốc, lên kế hoạch rút sonde có mốc rõ ràng. Tôi vẫn nhớ lời một thầy:

“Khi bàng quang kêu cứu, đừng tranh luận, hãy mở cửa cho nó trước.”

- “Đêm dậy ba lần, mệt lắm bác sĩ ơi” – Câu chuyện của tuổi tác và nhịp sinh học

Tiểu đêm không chỉ vì “uống nhiều nước”. Ở người cao tuổi, hormone ADH giảm nhịp ban đêm, khiến nước tiểu loãng, thể tích nhiều. Thêm vào đó, dịch từ chân hồi lưu lên, tăng huyết áp, suy tim nhẹ, hoặc hội chứng ngưng thở khi ngủ (OSA) đều có thể góp phần. Hỏi kỹ, dặn giảm nước sau 7 giờ tối, nâng chân 30 phút trước ngủ, mang vớ ép khi phù chân, đo huyết áp, thậm chí hỏi “có ngáy to, ngưng thở ban đêm không?”. Đó là cách ta giúp họ không chỉ ngủ ngon, mà sống khỏe hơn.

- “Rỉ tiểu khi cười” – Chuyện khó nói của nhiều phụ nữ

Phụ nữ sau sinh hay mãn kinh hay gặp tình trạng són tiểu gắng sức (stress incontinence) – khi áp lực ổ bụng tăng đột ngột (ho, cười, chạy) vượt quá áp lực

đóng niệu đạo. Nguyên nhân: yếu cơ sàn chậu, giảm estrogen, tổn thương mô nâng đỡ. Nhiều người giấu, ngại đi khám. Chỉ cần nói nhẹ: “Chuyện này phổ biến lắm, mình tập cơ sàn chậu lại là tốt”, họ sẽ mở lòng. Tập Kegel đúng, giảm cân, điều trị ho mạn – ba thứ “rẻ tiền mà hiệu quả lâu dài”.

- “Tiểu không hết, bụng vẫn căng” – Khi bàng quang lười co

Có người không tắc nghẽn gì rõ, mà mỗi lần đi tiểu vẫn còn 200–300 ml tồn lưu. Đó là bàng quang giảm co bóp (detrusor underactivity) – thường gặp ở người già, đái tháo đường, tổn thương thần kinh. Không phải lúc nào cũng cần mổ hay thuốc. Có khi chỉ cần dạy bệnh nhân thông tiểu ngắt quãng sạch (CIC), hướng dẫn uống nước chia đều, đi tiểu theo giờ, và tập phản xạ tiểu chủ động. Làm đúng, họ có thể tự chủ cuộc sống, không phụ thuộc ống thông vĩnh viễn.

- Từ lời than đến bản đồ triệu chứng

Khi đã quen, bạn sẽ thấy mỗi câu bệnh nhân nói là một “tọa độ” trên bản đồ niệu khoa:

- Đau hông lan bẹn → niệu quản.

- Tiểu rắt buốt → bàng quang.
- Tia yếu, rặn lâu → tiền liệt.
- Són gắng sức → sàn chậu.
- Đái máu không đau → cảnh báo u bàng quang.
- Sốt + đau → tắc + nhiễm.

Kỹ năng của người thầy thuốc là *dịch đúng, hiểu đúng,* rồi *nói lại đúng*. Một bệnh nhân hiểu rõ tình trạng của mình thì đã khỏi… nửa bệnh.

- Học cách nghe "ngôn ngữ của nước"

Triệu chứng học trong niệu khoa thực ra là học cách nghe. Nghe tiếng nước chảy trong cơ thể, nghe lời kể của người bệnh, nghe cả những điều họ ngại nói. Khi ta hiểu dòng chảy, ta sẽ hiểu con người. Điều quan trọng không phải thuộc lòng triệu chứng, mà là *thấu cơ chế*. Bởi vì:

"Nước chảy chỗ trũng, triệu chứng cũng vậy. Chỉ cần biết dòng đi, ta sẽ biết nơi tắc."

CẨM NANG DỊCH TỪ ĐỜI THƯỜNG → Y KHOA → XỬ TRÍ SƠ BỘ

(Niệu khoa – BS Nguyễn Đông Hưng)

Bệnh nhân nói	**Dịch sang y khoa**	**Cơ chế – nguyên nhân chính**	**Hướng xử trí sơ bộ**
“Tôi đi tiểu suốt ngày”	Tăng tần suất tiểu (LUTS tồn trữ) hoặc đa niệu thật	Bàng quang tăng hoạt (OAB), viêm bàng quang, đái tháo đường, dùng lợi tiểu	Hỏi lượng nước uống, đo PVR, nhật ký tiểu; nếu PVR thấp → điều chỉnh lối sống, tránh kích thích, tập nhịn–xả theo giờ; OAB: cân nhắc thuốc giãn bàng quang
“Tiểu buốt, rắt, nóng rát”	Viêm bàng quang cấp, nhiễm khuẩn tiết niệu	Vi khuẩn (E. coli, Klebsiella…) xâm nhập	Xét nghiệm nước tiểu (BC, nitrit, cấy), kháng

	dưới	niệu đạo–bàng quang	sinh thích hợp, uống nước đủ, tái khám sau 3–5 ngày
“Đứng mãi mới xong, tia yếu”	LUTS tống xuất (voiding symptoms)	Cản trở lối ra (BPH, hẹp niệu đạo), giảm co bóp detrusor	Khám trực tràng, đo PVR, uroflow nếu có; nếu PVR cao → alpha-blocker ± 5ARI, theo dõi IPSS sau 4–6 tuần
“Đêm dậy 3–4 lần”	Nocturia / Rối nhịp ADH đêm	Bàng quang nhạy, rối loạn ADH, suy tim nhẹ, phù chân, OSA	Giảm nước muộn, nâng chân, mang vớ ép, điều trị nguyên nhân kèm (OSA, tăng HA), ghi nhật ký tiểu 3 ngày

“Đau quặn vùng thắt lưng, lan bẹn”	Cơn đau quặn thận	Sỏi niệu quản, tắc nghẽn cấp → tăng áp đài–bể thận	Đánh giá sinh hiệu, xét nghiệm NT, siêu âm ư nước; nếu đau + sốt = tắc + nhiễm → giải áp (JJ/PCN) + KS TM; sỏi tính sau
“Nước tiểu đỏ như nước rửa thịt”	Đái máu đại thể	Sỏi, viêm, u bàng quang chấn thương	Phân biệt đầu/cuối/ toàn bãi; vi thể vs đại thể; nguy cơ cao → nội soi bàng quang + khảo sát đường niệu trên
“Không tiểu được, bụng căng đau”	Bí tiểu cấp	Cản trở lối ra (BPH, hẹp), thuốc	Đặt sonde giải áp ngay, đánh giá

		(anticholinergic, opioid), thần kinh	nguyên nhân, lập kế hoạch rút sonde có mốc; tránh tái bí
“Rỉ nước tiểu khi cười/ ho/ chạy”	Són gắng sức (Stress incontinence)	Yếu sàn chậu, giảm estrogen, sa tạng chậu	Tập Kegel, giảm cân, điều chỉnh ho mạn; trường hợp nặng: xem xét can thiệp nâng niệu đạo
“Tiểu không hết, bụng vẫn căng”	Giảm co bóp bàng quang (DU)	ĐTĐ, bệnh thần kinh, thuốc, tuổi già	Đo PVR, đánh giá thần kinh, tập tiểu theo giờ; CIC sạch ngắt quãng nếu tồn lưu cao
“Tiểu rỉ rả cả ngày,	Tiểu không kiểm soát do	OAB (mót gấp), rò niệu	Phân biệt bằng hỏi kỹ

không kịp ra nhà vệ sinh”	OAB hoặc rò	đạo–âm đạo (nữ), tổn thương cơ thắt	và soi niệu đạo–âm đạo; OAB: tập bàng quang + thuốc; rò: phẫu thuật sửa
“Đau tức vùng hạ vị, tiểu lắt nhắt”	Viêm bàng quang / cản trở cổ BQ	Viêm cấp, sỏi bàng quang, BPH, u	Nước tiểu que thử, siêu âm bàng quang; điều trị nguyên nhân, tránh bù nước quá mức nếu tắc
“Bác sĩ ơi, nước tiểu đục, hôi”	Nhiễm trùng niệu, mủ niệu	Vi khuẩn sinh nitrit, nước tiểu kiềm	Cấy nước tiểu, KS phù hợp, điều chỉnh vệ sinh, loại bỏ tắc nghẽn nếu có
“Đau sau quan hệ, buốt khi	Viêm niệu đạo, viêm tiền liệt	Nhiễm khuẩn, lây qua đường	Xét nghiệm dịch niệu đạo, cấy; KS,

tiểu”	tuyến	tình dục thao tác niệu	nghỉ, tránh quan hệ 7 ngày; điều trị bạn tình nếu cần

Chương 3. Khám lâm sàng có cấu trúc: “3 phút vàng → 30 phút vàng hơn”

Dù khám tiết niệu có vẻ “nhiều thứ nhỏ nhỏ”, bản chất của nó lại rất có trật tự: đảm bảo an toàn trước, rồi đi từ câu chuyện tới cơ chế, từ bàn tay sờ nắn tới những xét nghiệm “đổi quyết định”, cuối cùng chốt lại bằng một kế hoạch rõ ràng có mốc hẹn. Tôi hay gọi vui quy trình này là “3 phút vàng → 30 phút vàng hơn”. Ba phút đầu để không lỡ điều nguy hiểm. Ba mươi phút sau để biến một lời than phiền đời thường thành chẩn đoán có cơ sở và một lộ trình chăm sóc tử tế. Bài này tôi viết liền mạch, đời thường, để bác sĩ trẻ đọc xong có thể làm ngay; người không chuyên đọc cũng hiểu mình sẽ được khám ra sao – không sợ, không ngại.

1. Ba phút vàng: nhìn, nghe, chạm và quyết định

nhanh điều gì không được phép chờ

Bạn bước vào phòng khám. Chưa cần biết chi tiết, hãy "quét" một lượt: sắc mặt, nhịp thở, cách người bệnh ôm bụng hay vịn lưng. Đo sinh hiệu sớm mạch, huyết áp, nhiệt độ, SpO_2 – không phải vì "quy trình cho đủ", mà vì đó là cái phao an toàn của cả buổi khám. Một bệnh nhân đau thắt lưng quằn quại mà sốt 38,8°C, mạch nhanh, rét run – đầu bạn phải sáng đèn ngay: khả năng tắc nghẽn niệu kèm nhiễm. Ở tiết niệu, công thức sống còn là: đau + sốt = đèn đỏ. Lúc đó, thứ tự việc như sau: đặt đường truyền, lấy mẫu cấy máu và nước tiểu, bắt đầu kháng sinh tĩnh mạch theo phác đồ tại bệnh viện, và mở đường thoát (đặt JJ hoặc dẫn lưu thận qua da) càng sớm càng tốt. Sỏi để tính sau, người bệnh phải an toàn trước.

Cũng trong ba phút vàng, đừng bỏ qua bí tiểu cấp. Người bệnh mặt nhăn nhó, nói "không ra được giọt nào", bụng căng, đứng lên ngồi xuống khó chịu – bạn chỉ cần chạm nhẹ vùng trên xương mu đã thấy một khối căng đau. Đừng tranh luận dài; đặt sonde giải áp. Sau khi nước tiểu ào ra, cả bạn và bệnh nhân đều thở phào, rồi mới bình tĩnh đi tiếp. Một đèn đỏ nữa: đái máu đại thể tái diễn ở người nguy

cơ cao (trên 40 tuổi, hút thuốc, tiếp xúc hóa chất nhuộm, nghề luyện kim…). Ở đây, ba phút vàng là để quyết định không xuề xòa: cần soi bàng quang theo chỉ định và khảo sát đường niệu trên. Cứu sớm một u bàng quang là cứu một cuộc đời.

An toàn bước đầu xong, đừng vội lao vào kê đơn. Dành vài câu nói bình thường hóa cảm xúc: "Tôi hiểu hôm nay anh/ chị rất khó chịu, mình sẽ giải quyết từng bước. Trước hết để tôi kiểm tra mấy thứ cần làm ngay đã." Một câu vậy giảm nửa căng thẳng. Ba phút vàng không chỉ là nghiệp vụ, mà còn là nghệ thuật trấn an.

2. Ba mươi phút vàng hơn: từ câu chuyện tới cơ chế, hỏi có cấu trúc để khỏi sót

Giờ là phần mà một cuộc khám tiết niệu tốt hơn cuộc khám vội vàng ở chỗ: câu chuyện được mở hết, nhưng không lan man. Tôi thường theo một khung cố định, linh hoạt theo tình huống.

Thứ nhất, định nghĩa vấn đề chính theo ngôn ngữ người bệnh. "Hôm nay điều phiền nhất với anh là gì?" – "Tôi đi tiểu suốt ngày", "Tôi đau hông quặn thắt", "Nước tiểu đỏ như nước rửa thịt", "Tôi đứng

mãi mới xong”… Chỉ cần để người bệnh nói một hơi 30–60 giây, bạn đã có 70% manh mối. Nhưng đừng dừng ở tự sự; dịch sang ngôn ngữ nghề: tăng tần suất hay tăng thể tích? đau quặn lan bẹn hay đau âm ỉ lưng? đái máu đầu bãi, cuối bãi hay toàn bãi? tia yếu ngắt quãng hay mót gấp không kịp?

Thứ hai, đi sâu vào triệu chứng theo nhóm. Với LUTS, luôn chia hai họ: tồn trữ (mót gấp, nhiều lần, đêm dậy, són) và tống xuất (tia yếu, rặn, kéo dài, ngắt quãng, cảm giác chưa hết). Hỏi “ban ngày khoảng bao nhiêu lần?”, “đêm dậy mấy lần?”, “có lần nào ‘suýt không kịp’ không?”, “đi xong còn đầy không?”. Cho người bệnh thang điểm IPSS (nam) hoặc nhật ký bàng quang 3 ngày nếu có thể – đây là cách biến cảm giác mơ hồ thành con số có theo dõi được.

Với đau quặn thận, bạn cần thời điểm khởi phát, đường lan, cơn có từng đợt hay liên tục, kèm nôn/buồn nôn, có sốt hay không. Một câu hỏi mấu chốt: “Trong lúc đau, anh có nằm im được không?” – đau quặn niệu quản thì không nằm im; đau phúc mạc hay cơ xương thường nằm im mới đỡ. Với đái máu, đừng quên phân loại theo “bãi”: đầu, cuối, toàn bãi; hỏi về cục máu, đau có đi kèm không, nghề nghiệp,

hút thuốc, thuốc chống đông. Đái máu không đau, toàn bãi, tái diễn – luôn luôn là một cờ cần điều tra tới nơi. Với bí tiểu, khai thác thuốc đang dùng (kháng cholinergic, thuốc cảm, opioid), tiền sử phẫu thuật vùng chậu, rối loạn thần kinh; với són tiểu, phân biệt gắng sức (ho, cười, chạy), mót (urge) hay hỗn hợp; hỏi sinh nở, mãn kinh, cân nặng.

Thứ ba, hỏi các "điểm tăng – giảm": Những gì làm nặng lên (cà phê chiều, bia tối, trời lạnh, đang lo lắng), và những gì làm đỡ (tập sàn chậu, chia nhỏ lượng nước, đi tiểu theo giờ). Đặc biệt, thói quen uống nước là cái bẫy phổ biến: nhiều người tưởng uống càng nhiều càng tốt, hậu quả đêm dậy nhiều, ban ngày thành "con tin của nhà vệ sinh". Một câu dặn đơn giản – "chia nước đều ban ngày, giảm sau 7 giờ tối" – đôi khi thay cả toa thuốc đắt tiền.

Thứ tư, bệnh kèm và thuốc. Đái tháo đường, tăng huyết áp, bệnh thần kinh, tai biến mạch máu não; thuốc lợi tiểu, chống trầm cảm, chống dị ứng… Không phải hỏi cho vui: mỗi thông tin đều gợi cơ chế (detusor yếu do thần kinh; đái đêm do nhịp ADH rối; tiểu nhiều do lợi tiểu).

Thứ năm, chất lượng sống. "Khó chịu này ảnh

hưởng công việc, giấc ngủ, việc đi lại thế nào?" Nhiều chỉ định can thiệp mạnh chỉ nên đặt ra khi QOL bị ảnh hưởng rõ hoặc có biến chứng (nhiễm tái phát, ứ nước, suy thận, sỏi bàng quang).

3. Khám mục tiêu: sờ đúng chỗ, gõ đúng nơi, nhìn là hiểu

Bạn không cần khám như giáo trình dài dằng dặc, nhưng cái gì "đinh" thì không bỏ. Nhìn tổng quát: gầy sút, phù chân, da xanh (thiếu máu), mùi urê. Sờ cầu bàng quang trên xương mu – đây là dấu hiệu rẻ tiền mà cực hữu ích. Gõ hông lưng tìm điểm đau niệu quản dọc đường từ sườn lưng xuống bẹn; ấn sâu nghe bệnh nhân nhăn mặt theo "đường ống" – bạn đã đi đúng bản đồ. Ở nam, khám trực tràng (DRE) để cảm nhận kích thước và mật độ tuyến tiền liệt: mềm đàn hồi, rãnh giữa rõ – gợi BPH; cứng sần, dính – cần nghĩ khác và tư vấn làm PSA/ thêm khảo sát theo chỉ định. Ở nữ, đánh giá sàn chậu và sa tạng chậu, nghiệm pháp ho để xem són gắng sức. Nếu bệnh nhân có dấu thần kinh (liệt nhẹ, rối loạn cảm giác), hãy lướt qua một khám thần kinh tối thiểu vùng cùng cụt – vì bàng quang thần kinh là chủ đề không muốn bỏ sót.

Đo huyết áp, mạch, kiểm tra nhiệt độ – nhắc lại vì nhiều người quên: lần đầu bình thường không có nghĩa sau 20 phút vẫn bình thường, nhất là khi cơn đau quặn đi – tới. Đau thận kiểu colic thường làm tăng huyết áp thoáng qua; nhiễm nặng có thể tụt áp. Tất cả đều "nói" nếu bạn chịu nghe.

Cận lâm sàng vừa đủ: chỉ làm thứ sẽ đổi quyết định của bạn

Sau hỏi – khám, bạn đã có giả thuyết làm việc. Giờ mới tới phần xét nghiệm. Quy tắc: chỉ làm cái gì sẽ khiến bạn thay đổi hành động. Với đa số ca, nước tiểu que thử và soi cặn là khởi đầu: bạch cầu, nitrit, hồng cầu; pH; tinh thể. Đừng coi thường miếng giấy nhỏ ấy: nó bảo bạn có đang đối mặt với nhiễm khuẩn không, có gợi sỏi urat/ struvite không. Cấy nước tiểu không phải lúc nào cũng cần, nhưng cần ở nam, nhiễm phức tạp, tái phát, có thai, hay trước can thiệp.

Siêu âm thận – niệu – bàng quang là "con mắt" thân thiện: nhìn được ứ nước, sỏi thận to, dày thành bàng quang, sỏi bàng quang, đo PVR sau tiểu. PVR, nhắc thêm lần nữa, là "mỏ neo" của quyết định trong LUTS: thấp hướng OAB, cao gợi cản trở hay

giảm co bóp. Uroflow nếu có sẵn, giúp định lượng tia: Qmax thấp có ý nghĩa khi đi cùng PVR cao và triệu chứng tống xuất. PSA không phải xét nghiệm bắt buộc cho mọi nam giới, hãy giải thích kỹ lợi – hại và chỉ định, tránh biến nó thành "con số làm loạn phiên khám".

Khi nghi sỏi niệu quản, nhất là ca đi – tới, đau kiểu colic, siêu âm chưa rõ, cân nhắc CT không cản quang (CT-KUB). Đừng lạm dụng, nhưng cũng đừng ngại khi cần. Với đái máu nguy cơ cao, nội soi bàng quang theo chỉ định là cách duy nhất nhìn tận nơi; chụp đường niệu trên bằng CT urography hoặc siêu âm kết hợp tùy bối cảnh. X-quang thường quy ngày nay ít vai trò, trừ theo dõi sỏi cản quang đã biết.

4. Lập luận chẩn đoán: ghép mảnh ghép thành bức tranh

Đến đây, bạn gần như có đủ mảnh ghép: lời kể đã dịch đúng, dấu khám gợi vị trí, xét nghiệm ủng hộ cơ chế. Hãy thử nói to (với chính mình, rồi với bệnh nhân) một câu chẩn đoán làm việc: "Anh có rối loạn tiểu tiện nhóm tống xuất, PVR cao, tuyến tiền liệt lớn, chưa có biến chứng – mình sẽ điều trị nội khoa, đặt mốc đánh giá lại sau 4–6 tuần." Hoặc:

“Chị có bàng quang tăng hoạt, PVR thấp, không nhiễm – mình ưu tiên thay đổi lối sống, tập sàn chậu, nếu chưa đủ mới thêm thuốc.” Hoặc: “Em bị cơn đau quặn niệu quản phải, có ứ nước nhẹ trên siêu âm, không sốt – mình giảm đau, theo dõi tống sỏi, nếu đau tái diễn hay không ra sẽ tán sỏi theo chỉ định.” Với đái máu, câu ấy thường là: “Anh thuộc nhóm nguy cơ cao, mình cần soi bàng quang để nhìn tận nơi và khảo sát đường niệu trên. Thủ thuật nhanh, gây tê tại chỗ, anh về trong ngày.”

Khi nói được câu đó, bạn đã bước qua ranh giới giữa “nghe kể – ghi chép” và làm thầy thuốc.

5. Kế hoạch điều trị và theo dõi: chia nhỏ mục tiêu, đặt mốc rõ ràng

Kế hoạch tốt có ba phần: việc làm ngay, mục tiêu đo được, và mốc hẹn.

Việc làm ngay có thể là kê thuốc (alpha–blocker, 5ARI, thuốc giãn bàng quang), hướng dẫn tập cơ sàn chậu với tờ rơi minh họa, đặt sonde giải áp nếu cần, cho kháng sinh đúng chỉ định. Nhưng luôn nhớ phần không thuốc: chỉnh giờ uống nước, hạn chế kích thích (cà phê, trà, bia rượu) buổi chiều tối; luyện đi

tiểu theo giờ; giảm cân; điều trị ho mạn với bác sĩ chuyên khoa; mang vớ ép nếu phù chân, nâng chân 30 phút trước ngủ để giảm tiểu đêm.

Mục tiêu đo được giúp bạn và người bệnh cùng nhìn về một hướng: "giảm số lần đêm dậy từ 4 còn 1–2", "IPSS từ 20 xuống 10", "PVR dưới 80 ml", "đau mức 8/10 xuống 2/10". Không có mục tiêu, mọi câu "đỡ đỡ" chỉ là cảm giác.

Mốc hẹn là để tránh lạc trôi: "Hẹn 4 tuần đo lại PVR và IPSS", "Hẹn sau 2 tuần mang nhật ký bàng quang", "Hẹn sau nội soi bàng quang 1 tuần đọc kết quả". Đừng quên cờ đỏ quay lại ngay: sốt, rét run; bí tiểu; đau tăng không đáp ứng; đái máu đông cục tắc dòng.

6. Giao tiếp – phần mềm của y khoa, nhưng quyết định sự hợp tác

Y khoa tiết niệu chạm vào điều tế nhị. Nhiều người ngại nói "són khi cười", "mót không kịp", "đau khi xuất tinh". Một câu mở đường rất đơn giản: "Chuyện này rất phổ biến, mình nói ra để có cách cải thiện nhé." Tránh các từ gây sợ như "u" khi chưa có bằng chứng; thay vào đó, nói "mình cần

nhìn kỹ trong bàng quang để loại trừ những nguyên nhân nghiêm trọng, thủ thuật nhanh lắm". Giải thích lý do của mỗi xét nghiệm: "Tôi làm cái này vì nó sẽ giúp tôi quyết định có cần can thiệp không. Nếu kết quả như A, ta đi hướng 1; nếu như B, ta chọn hướng 2." Người bệnh hiểu, họ sẽ tin; họ tin, họ sẽ làm; họ làm, họ sẽ đỡ.

7. Tài liệu hóa gọn gàng: bệnh án là câu chuyện, không phải chép bài

Bệnh án tốt là bệnh án có thể đọc trong 1 phút mà hiểu toàn cảnh. Hãy ghi một dòng mở đầu rõ ràng: "Nam 62 tuổi, LUTS tống xuất, đêm dậy 3, tia yếu; DRE TL to, PVR 180 ml; chẩn đoán làm việc: BPH có bí mạn – điều trị: alpha–blocker + 5ARI, hẹn 6 tuần đo PVR, cảnh báo bí cấp." Hoặc: "Nữ 55 tuổi, mót gấp, tiểu nhiều lần, PVR 20 ml; OAB – điều trị: tập bàng quang + giảm cà phê chiều, cân nhắc thuốc nếu không cải thiện; hẹn 4 tuần với nhật ký bàng quang."

8. Những hố ga hay rơi và cách bước qua

Cái bẫy đầu tiên là gán mọi LUTS cho BPH. BPH là thủ phạm hay gặp, nhưng không phải thủ phạm

duy nhất. Một bàng quang tăng hoạt (PVR thấp), một hẹp niệu đạo do chấn thương hay đặt sonde cũ, một u bàng quang nhỏ… đều có thể "đội lốt" LUTS. Bẫy thứ hai là kê kháng cholinergic khi chưa đo PVR – kết quả là bí tiểu. Bẫy thứ ba là bù dịch ồ ạt trong tắc + nhiễm – làm áp lực đường tắc tăng, vi khuẩn bốc lên như thang máy; thay vì đó, điều đúng là giải áp + kháng sinh, sau đó bù dịch hợp lý. Bẫy thứ tư là xem nhẹ đái máu ở người nguy cơ, dẫn tới chậm trễ u bàng quang. Và bẫy cuối: quên hậu thận khi creatinin tăng – chỉ một siêu âm thận–niệu đã giúp bạn không bỏ lỡ tắc nghẽn.

9. Vài mẩu chuyện nhỏ để nhớ lâu hơn lý thuyết

Một ông chú 56 tuổi, đêm dậy 4 lần, chiều uống ba ly cà phê, tối hai lon bia. PVR 40 ml. Ông tưởng "thận yếu". Tôi chỉ đưa tờ giấy "nhật ký bàng quang", dặn giảm đồ uống kích thích sau 3 giờ chiều, tập sàn chậu, hẹn 4 tuần. Lần sau ông cười: "Đêm còn 1 lần, bác sĩ ạ." Chẳng có phép màu, chỉ là đặt đúng câu hỏi, cho đúng lời khuyên.

Một chàng 34 tuổi đau quặn hông phải, sốt 38,7°C, rét run, siêu âm ứ nước nhẹ. Có người đề nghị truyền nước "cho ra sỏi". Tôi chọn đặt JJ, lấy

cấy, kháng sinh. Ngày hôm sau hết sốt, mấy ngày sau hẹn tán sỏi. Sỏi có thể chờ, còn tắc + nhiễm thì không.

Một bác 64 tuổi đái máu toàn bãi, không đau, hút thuốc. Đi hai nơi, ai cũng bảo "đợi xem". Tôi soi bàng quang, phát hiện u nhỏ. Phẫu thuật sớm, bảo tồn bàng quang. Bác uống trà, kể chuyện cháu nội đi học. Một nội soi đúng lúc bằng mười toa thuốc "đợi".

10. Khép lại: vì sao "3 phút vàng → 30 phút vàng hơn" đáng để bạn thuộc nằm lòng

Vì nó giúp bạn không bỏ sót điều nguy hiểm, không trôi dạt vào lạm dụng xét nghiệm, không rơi vào bẫy "kê cho xong". Nó buộc bạn phải dịch ngôn ngữ đời thường thành cơ chế y học, rồi dịch ngược cơ chế thành lời giải thích dễ hiểu. Nó nhắc bạn rằng y khoa tiết niệu, rốt cuộc, là câu chuyện của dòng chảy – kháng lực – điều phối, và lời hẹn. Mỗi buổi khám, bạn làm lại một vòng: an toàn trước, kể chuyện tử tế, khám đúng chỗ, làm xét nghiệm đổi quyết định, chốt kế hoạch có mốc, dặn cờ đỏ quay lại ngay. Làm vậy ngày này qua ngày khác, bạn sẽ thấy nghề này không chỉ là chữa ống nước, mà là

trả lại điều bình thường cho một con người: được tiểu êm, được ngủ một mạch, bớt lo lắng khi ra đường.

Nếu bạn là bác sĩ trẻ, hãy thử áp dụng đúng y như thế trong ca tới. Nếu bạn là người bệnh đang đọc, bạn sẽ biết mình sắp được khám ra sao và vì sao bác sĩ đôi khi hỏi nhiều câu tưởng như "vặt vãnh". Tất cả chỉ để chắc rằng một điều quan trọng không bị bỏ lỡ, và một điều đơn giản không bị làm cho phức tạp. Đó là ý nghĩa của "3 phút vàng → 30 phút vàng hơn": ba phút để cứu nguy, ba mươi phút để chữa làn

Chương 4. Cận lâm sàng "vừa đủ": nước tiểu, siêu âm, uroflow/PVR - CT/MRI, nội soi

Làm nghề niệu khoa, ai cũng từng trải qua cảm giác "ngợp" giữa một rừng xét nghiệm: nào là nước tiểu, siêu âm, CT, MRI, nội soi… Cái nào cũng có lý, cũng "giúp ích cho chẩn đoán", nhưng nếu không biết điểm dừng, ta dễ rơi vào cái bẫy "nhiều hơn không phải lúc nào cũng tốt hơn." Niệu khoa – cũng như dòng nước – chỉ cần chảy đúng hướng, đúng lúc, đủ thông tin là đủ. Cận lâm sàng, vì thế, không

phải là cuộc săn tìm hình ảnh đẹp, mà là cuộc trò chuyện giữa bác sĩ và cơ thể, nơi mỗi xét nghiệm chỉ nên làm khi nó có thể thay đổi quyết định điều trị của bạn.

1. Bắt đầu từ thứ rẻ mà quý – Nước tiểu

Tôi vẫn nói vui rằng: "Nếu phải chọn một xét nghiệm duy nhất cho niệu khoa, thì đó là... một lọ nước tiểu." Đơn giản, rẻ tiền, nhưng chứa cả kho thông tin.

Một que thử nước tiểu nhỏ bé thôi, nhưng nó có thể kể cho bạn cả câu chuyện:

- Bạch cầu, nitrit: có nhiễm trùng không, vi khuẩn nào gợi ý Gram âm?
- Hồng cầu: có đái máu, có khả năng tổn thương thượng hoặc hạ niệu không?
- Protein, glucose, ceton: có đái tháo đường, bệnh cầu thận kèm theo?
- pH: nước tiểu kiềm (nghĩ nhiễm trùng do Proteus, sỏi struvite); nước tiểu acid (gợi sỏi urat).

- Tỷ trọng: cho biết khả năng cô đặc, thận còn giữ được chức năng không?

Sau que thử, nếu nghi ngờ nhiễm trùng, hãy soi cặn và cấy nước tiểu. Cấy không phải để "cho đủ bộ", mà để hướng dẫn kháng sinh chính xác, nhất là trong các trường hợp nam, đái tháo đường, nhiễm tái phát hay có thủ thuật niệu sắp tới.

Nhưng đừng quên: nước tiểu là một tấm gương trung thực nhưng dễ bị bẩn – hãy lấy mẫu đúng, giữa dòng, sau vệ sinh sạch, tránh nhầm lẫn từ viêm âm đạo hay dịch tiết. Một xét nghiệm nước tiểu làm đúng lúc, đúng cách, đôi khi đáng giá hơn cả CT đắt tiền.

2. Siêu âm, đôi mắt đầu tiên của người làm tiết niệu

Nếu nước tiểu là lời nói, thì siêu âm là ánh nhìn đầu tiên. Siêu âm tiết niệu giống như soi qua lớp kính mờ: không hoàn hảo, nhưng đủ để thấy hướng dòng chảy, chỗ nào phình, chỗ nào tắc.

Đối với bác sĩ tiết niệu, siêu âm không chỉ để "xác định sỏi hay không sỏi". Nó giúp ta:

- Phát hiện ứ nước thận – niệu quản (gợi tắc nghẽn).
- Nhìn thấy sỏi cản âm với bóng lưng điển hình.
- Đánh giá bàng quang: thành dày, có sỏi, túi thừa, u bàng quang lớn, hay không xả hết sau tiểu.
- Đo thể tích tồn lưu sau tiểu (PVR) – thứ dữ kiện nhỏ mà cực kỳ giá trị.
- PVR (Post Void Residual) là lượng nước tiểu còn lại trong bàng quang sau khi người bệnh đi tiểu "hết sức mình".
- PVR thấp (<50 ml) → bàng quang bóp tốt, nghĩ nhóm tồn trữ (OAB).
- PVR cao (>100–150 ml) → nghi cản trở lối ra hoặc giảm co bóp.

Một máy siêu âm cũ kỹ cũng đủ giúp bạn đọc ra điều ấy. Và điều tuyệt vời là: không tia, không thuốc, không hại, có thể làm tại phòng khám, kết quả ngay. Nhưng cũng như mọi công cụ, hãy hỏi

trước khi soi: “Cái mình đang tìm là gì?” Đừng để siêu âm thành trò săn kho báu.

3. Uroflow – Đường biểu diễn của dòng chảy

Nếu bạn muốn “nghe” bàng quang nói chuyện, thì uroflowmetry là micro thu âm. Chỉ cần cho bệnh nhân tiểu vào phễu đo dòng – máy ghi lại tốc độ dòng chảy theo thời gian. Nhìn đường biểu diễn là hiểu ngay tính cách “bồn chứa – cửa van” của họ.

Một người khỏe, dòng tiểu trơn tru sẽ có đường cong chuông ngược đều đặn: lên nhanh, đỉnh cao, rồi xuống nhẹ. Nếu đường cong thấp, kéo dài, dẹt → tia yếu, cản trở lối ra (thường BPH, hẹp). Nếu đường cong gãy khúc, dao động → co bóp không ổn định hoặc bàng quang yếu. Còn nếu dòng “phun – ngắt – phun” → có thể nghĩ hẹp niệu đạo hoặc phối hợp cơ detrusor – cơ thắt chưa nhịp.

Kết hợp uroflow với PVR là công thức vàng:

- Qmax thấp + PVR cao → nghẽn.
- Qmax thấp + PVR thấp → yếu cơ detrusor.
- Qmax bình thường + PVR thấp → bàng

quang nhạy (OAB).

Uroflow giúp định lượng điều mà tai không nghe được. Nhưng nhớ rằng: nó chỉ có ý nghĩa khi bệnh nhân tiểu thật sự "đã" (thể tích >150 ml). Đừng ép họ "đi lấy kết quả" khi chưa buồn – đồ thị sẽ nói dối.

4. CT và MRI – đi sâu khi thật cần thiết

Đây là hai "máy soi" mạnh nhất, nhưng cũng là con dao hai lưỡi: tốn kém, có tia, và dễ gây hiểu nhầm nếu dùng sai lúc. Hãy nhớ nguyên tắc: chỉ dùng khi siêu âm và lâm sàng không giải thích được.

CT không cản quang (CT-KUB) là tiêu chuẩn vàng cho sỏi niệu quản – phát hiện hầu như 100% sỏi, dù nhỏ vài milimet, định vị chính xác chỗ kẹt. CT có cản quang (CT urography) lại giúp khảo sát toàn bộ đường niệu: thận, niệu quản, bàng quang – đặc biệt hữu ích trong đái máu không rõ nguyên nhân.

Còn MRI thường dành cho các trường hợp đánh giá mô mềm, khối u tiền liệt tuyến, bàng quang, hoặc khi bệnh nhân không chụp CT được (dị ứng thuốc cản quang, suy thận).

Điều quan trọng: CT/MRI không thay thế hỏi bệnh hay siêu âm, mà là lớp kính phóng đại chỉ nên dùng khi cần soi kỹ. Bác sĩ trẻ hay bị "hấp dẫn bởi hình ảnh đẹp", nhưng hãy tự hỏi: *"Nếu có thêm CT, mình sẽ thay đổi hướng điều trị không?"* Nếu câu trả lời là "không", hãy dừng lại.

5. Nội soi bàng quang, khi cần nhìn tận nơi

Không có gì "thật" hơn là được nhìn bằng mắt. Nội soi bàng quang (cystoscopy) cho phép bác sĩ quan sát trực tiếp niêm mạc bàng quang, cổ bàng quang, niệu đạo. Chỉ định chính gồm:

- Đái máu không rõ nguyên nhân, đặc biệt không đau, toàn bãi, tái diễn.
- Nghi u bàng quang, sỏi bàng quang, dị vật.
- Hẹp niệu đạo, cần đánh giá vị trí, mức độ.
- Theo dõi sau mổ u bàng quang.

Ngày nay, ống soi mềm và thuốc tê tại chỗ khiến thủ thuật này nhẹ nhàng hơn nhiều – bệnh nhân thường chỉ cảm giác rát nhẹ, chảy nước mắt… nhưng yên tâm. Bí quyết nằm ở cách giải thích:

“Thủ thuật này giúp tôi nhìn tận nơi để loại trừ nguyên nhân nguy hiểm. Làm 10 phút, anh về trong ngày.” Một câu nói mềm hơn cả liều thuốc an thần.

6. Làm sao để “vừa đủ”? – Năm câu hỏi tự hỏi trước khi chỉ định

1. Xét nghiệm này có giúp tôi quyết định điều trị không? – Nếu không, tạm hoãn.

2. Kết quả xấu nhất tôi sợ là gì? – Đặt ra để không bỏ sót cờ đỏ (u, tắc + nhiễm, bí).

3. Đã có bằng chứng lâm sàng gợi hướng chưa? – Nếu có, chọn xét nghiệm củng cố, không cần “chụp cả bộ”.

4. Bệnh nhân có hiểu tại sao cần làm không? – Giải thích giúp họ tin và hợp tác; đừng “ra lệnh”.

5. Nếu tôi là người bệnh, tôi có đồng ý làm không? – Câu hỏi giản dị nhất, nhưng giữ bạn ở đúng ranh giới của y đức.

7. Gợi ý quy trình thực hành hàng ngày

Bước 1: Nước tiểu que thử + soi cặn → Nhiễm?

Máu? Tinh thể?

Bước 2: Siêu âm thận – bàng quang – đo PVR → Có ứ nước? Sỏi? Tồn lưu?

Bước 3: Uroflow nếu LUTS → Qmax thấp hay bình thường?

Bước 4: Chọn CT khi nghi sỏi, MRI khi nghi u sâu → Chỉ sau khi siêu âm chưa rõ.

Bước 5: Nội soi bàng quang nếu đái máu không rõ nguyên nhân hoặc cần nhìn trực tiếp.

Như vậy, bạn đã đi từ ngoài vào trong, rẻ tới đắt, an toàn tới can thiệp, không bỏ sót nhưng cũng không thừa.

Những điều nhỏ nhưng đáng nhớ

- Đừng bao giờ ép bệnh nhân đi tiểu để làm uroflow khi họ chưa buồn – đồ thị sẽ sai.
- PVR phải đo ngay sau khi tiểu (<10 phút) mới chính xác.
- Siêu âm 2 bên ứ nước mà creatinin tăng nghĩ ngay tắc hậu thận.

- Nội soi bàng quang không thay thế cho CT đường niệu trên chúng bổ sung nhau.
- CT có cản quang ở người suy thận là "cái bẫy" lớn, tránh khi eGFR < 45 ml/phút.
- Mỗi xét nghiệm là một lần "nói chuyện" với cơ thể hãy nghe kỹ, đừng lạm dụng.

8. Kết chương: Cái đẹp của "vừa đủ"

Y học hiện đại cho chúng ta máy móc tinh vi, hình ảnh sắc nét, dữ liệu dày như sách giáo khoa, nhưng đôi khi cái người bệnh cần lại là một bác sĩ biết dừng đúng lúc. "Vừa đủ" không có nghĩa là tiết kiệm, mà là chính xác, hợp lý và nhân bản. Vì đằng sau mỗi xét nghiệm là một con người, một nỗi lo, một đêm mất ngủ. Và đằng sau mỗi kết quả là trách nhiệm giải thích, theo dõi, giải tỏa lo lắng cho họ.

Làm nghề, có lúc bạn sẽ thấy: điều hạnh phúc không nằm ở việc đọc được CT sắc nét, mà ở việc chỉ bằng một que thử nước tiểu và một cái siêu âm cũ, bạn vẫn giúp bệnh nhân hiểu, yên tâm, và khỏe lại.

Đó mới chính là vẻ đẹp của cận lâm sàng "vừa

đủ” – Không phải làm ít, mà là làm đủ để hiểu, hiểu đủ để chăm, chăm đủ để an tâm.

Chương 5. Nguyên tắc ưu tiên: an toàn – giải áp – kiểm soát nhiễm – tìm nguyên nhân – theo dõi có mốc

Trong niệu khoa, xử trí đúng giống như mở một con đập: phải mở đúng cửa, đỡ đúng chỗ, làm sạch dòng nước, rồi mới nghĩ đến việc tìm xem vì sao nó tắc và đặt mốc để kiểm tra dòng chảy. Tôi hay nhắc học trò một câu ngắn mà gói đủ cả tinh thần thực hành: “An toàn trước – thoát nước ngay – diệt nhiễm kịp – hiểu nguyên nhân – hẹn có mốc.” Năm bước ấy tưởng đơn giản, nhưng nếu thiếu một mắt xích, ca bệnh rất dễ vòng vo, chậm trễ, thậm chí nguy hiểm.

1. An toàn trước: đừng để điều khẩn cấp lẫn trong chi tiết

Bất cứ ai bước vào phòng khám hay khoa cấp cứu, việc đầu tiên là đặt họ vào vùng an toàn. An toàn nghĩa là gì? Là đánh giá nhanh sinh hiệu, nhận diện cờ đỏ (đau + sốt, bí tiểu cấp, đái máu toàn bãi tái diễn, suy thận cấp có ứ nước), và trấn an, để

tuyến nội tiết căng thẳng của người bệnh không đè bẹp lý trí của cả hai. Một người đau quặn lăn lộn, rét run, mạch nhanh, huyết áp tụt – ở đó, triết học và bài giảng đều lùi xuống; đường truyền – kháng sinh – giải áp phải tiến lên.

An toàn còn là đau được giảm. Đau quặn niệu quản mà không được giảm đau, không ai hỏi – đáp cho ra hồn. Một liều giảm đau đúng (NSAID hoặc opioid tuỳ bối cảnh), một túi dịch "vừa phải" (đừng ồ ạt nếu nghi tắc + nhiễm), một chiếc chăn đắp nhẹ – những thứ nhỏ ấy chính là cầu nối để bước tiếp. Khi bệnh nhân bớt hoảng, ta nghe kỹ hơn; khi họ đỡ đau, ta khám đúng hơn; khi họ được lắng nghe, ta được tin hơn.

2. Giải áp (thoát nước) sớm: mở cửa trước khi sửa đường

Niệu khoa là chuyện của dòng chảy. Dòng chảy bị chặn, áp lực tăng, tổ chức phù nề, vi khuẩn dễ nảy nở, chức năng thận suy. Bởi vậy, sau khi đặt người bệnh vào vùng an toàn, câu hỏi kế là: dòng có đang tắc không – và tắc ở đâu? Nếu câu trả lời là "có", thì giải áp là ưu tiên số một.

Bí tiểu cấp – đặt sonde ngay. Đừng tranh luận "đặt rồi khó rút", "liệu có nhiễm không"… Khi bàng quang căng như trống, đau nghiến răng, mở cửa xả là lòng nhân. Sau đó mới bàn nguyên nhân (BPH, hẹp, thuốc), chọn ngày rút sonde có thử nghiệm rút đúng bài bản (trial without catheter), hẹn mốc.

Tắc + nhiễm – đặt JJ hay dẫn lưu thận qua da (PCN) càng sớm càng tốt. Bệnh nhân đau quặn + sốt, siêu âm có ứ nước, hoặc lâm sàng nặng – hãy nhớ: sỏi có thể chờ, nhưng tắc + nhiễm thì không. Cơn sốt sẽ hạ rất nhanh sau khi có đường thoát, như dòng suối gặp cửa mở; phần còn lại là kiểm soát vi khuẩn và xử lý sỏi khi an toàn.

Ứ nước hai bên + creatinin tăng – đây là bức thư khẩn của thận. Đừng để lá thư nằm im. Mở ít nhất một bên để cứu chức năng, tuỳ tình hình mà mở cả hai. Không phải mọi tăng creatinin là "tại thận" – rất nhiều là hậu thận, mở đường là GFR hồi lại.

Giải áp, nói cho thật bình dân, là "mở van để nước ra". Khi dòng đã chảy, đau sẽ dịu, nhiễm giảm thế; có dòng chảy, thuốc mới tới nơi; có dòng chảy, thận mới thở được. Ta mở cửa trước, sửa đường sau

– đó là trật tự cứu nguy của ngành này.

3. Kiểm soát nhiễm: dập lửa đúng cách, đúng lúc

Nhiễm khuẩn đường niệu có thể từ nhẹ đến nặng, nhưng nguy hiểm là nhiễm trên nền tắc. Ở đây, kháng sinh không thể thay cho giải áp, nhưng không thể thiếu khi giải áp chưa hoàn tất. Quy tắc là: lấy mẫu – dùng sớm – chỉnh đích.

Lấy mẫu: cấy nước tiểu trước khi dùng kháng sinh (nếu kịp), cấy máu khi sốt cao, rét run, lâm sàng nặng. Cấy không phải "cho đúng quy trình" mà để quay đầu kịp thời nếu vi khuẩn kháng thuốc.

Dùng sớm: trong tắc + nhiễm, kháng sinh tĩnh mạch theo phác đồ địa phương, đúng liều, đủ thời gian, đánh giá lại mỗi 24–48 giờ. Khi có kết quả kháng sinh đồ, giảm phổ xuống (de-escalation). Ở ca nhiễm niệu không có tắc, không phức tạp, đường uống hợp lý; ở nam, đái tháo đường, có sonde, tái phát – hãy tôn trọng kháng sinh đồ.

Đừng lạm dụng: vi khuẩn trong nước tiểu không triệu chứng (đặc biệt ở người đặt sonde lâu ngày) không phải lúc nào cũng cần kháng sinh. Mỗi viên thuốc thừa hôm nay là một lần khó chữa ngày mai.

Điều ta muốn là “sạch lửa” mà không “cháy rừng”.

Kiểm soát nhiễm còn là giảm điều kiện cho vi khuẩn: thoát nước tốt, lấy bỏ dị vật khi thích hợp (sỏi bàng quang, catheter bẩn), vệ sinh đúng, uống nước đủ (trừ giai đoạn tắc + nhiễm chưa giải áp).

4. Tìm nguyên nhân: chữa xong cơn, đừng quên cội rễ

Người bệnh qua cơn nguy, thở lại nhịp yên, là lúc bác sĩ cần trở lại với bức tranh lớn: *Vì sao ta rơi vào tình huống đó?* Nếu không trả lời, ta sẽ gặp lại họ – và không phải lần cuối.

Sỏi – tại sao sinh sỏi: uống nước ít, ăn mặn, rối loạn chuyển hoá, nhiễm trùng struvite, bất động kéo dài… Hỏi thói quen, đo pH nước tiểu, xem tinh thể, khi cần làm đánh giá chuyển hoá (24h nước tiểu) ở người sỏi tái phát. Xử trí sỏi (tán, mổ) chỉ là một nửa bài toán, phòng sỏi tái phát mới là nửa còn lại.

BPH/hẹp niệu đạo – vì sao bí, vì sao PVR cao: tuyến tiền liệt to thật hay chủ yếu là trương lực cổ bàng quang? Hẹp niệu đạo do chấn thương cũ hay iatrogenic? Cần nội soi chẩn đoán? Điều trị nội khoa đến đâu, khi nào nội soi bốc hơi/ bóc u là hợp lý?

Tất cả trả lời từ triệu chứng + PVR + uroflow + DRE/ nội soi. Chữa đúng "cửa" sẽ giải phóng "bồn".

OAB/ bàng quang thần kinh – vì sao bàng quang "nhạy"? Ở người lớn tuổi, nữ sau sinh, bệnh thần kinh ngoại biên, đái tháo đường… Đừng chỉ kê thuốc; hãy huấn luyện bàng quang, tập sàn chậu, điều chỉnh caffeine/ rượu, giờ uống nước. Thuốc là bạn đồng hành, không phải người dẫn đường.

Đái máu – vì sao có máu? Lịch sử hút thuốc, nghề nghiệp; phân tầng nguy cơ; soi bàng quang khi chỉ định; khảo sát đường niệu trên khi cần. Tìm đúng sớm cứu cả bàng quang.

Suy thận hậu thận – vì sao tắc hai bên? BPH rất to, u cổ bàng quang, u vùng chậu chèn ép niệu quản, xơ hoá sau xạ trị? Mỗi nguyên nhân là một con đường, không dùng chung "toa chung" được.

Tìm nguyên nhân là tôn trọng tương lai của người bệnh: ta không chỉ chữa hôm nay, mà giảm xác suất tái diễn của ngày mai.

5. Theo dõi có mốc: không hẹn vu vơ, không "đỡ đỡ"

Niệu khoa thích con số mốc. Mốc giúp cả bác sĩ lẫn bệnh nhân nhìn cùng một hướng. Sau khi điều trị: hẹn và đo.

Với LUTS/BPH: hẹn 4–6 tuần đo lại IPSS, PVR, nếu có uroflow càng tốt. Mục tiêu: IPSS giảm, PVR xuống <80–100 ml, số lần đêm dậy giảm rõ. Nếu không đạt, điều chỉnh: tăng/ đổi thuốc, cân nhắc can thiệp.

Với OAB: hẹn mang nhật ký bàng quang 3 ngày, mục tiêu giảm số lần mót gấp/ tai nạn, kéo dài khoảng cách giữa hai lần đi tiểu. Thuốc chỉ thêm khi lối sống chưa đủ, hoặc có chỉ định.

Với sỏi niệu: mốc là đau – sốt – hình ảnh. Nếu theo dõi tống sỏi tự nhiên, hẹn 1–2 tuần tái khám, nhắc cờ đỏ quay lại ngay (sốt, đau tăng, tiểu bí). Sau tán/ mổ, hẹn siêu âm/ XQ tuỳ loại sỏi, tư vấn phòng tái phát. Với sỏi tái phát, cân nhắc đánh giá chuyển hoá và tư vấn ăn–uống cụ thể.

Với đái máu: sau khi soi bàng quang/ khảo sát đường niệu trên, mốc theo dõi phụ thuộc chẩn đoán: viêm thì hết, sỏi thì xử xong, u thì theo phác đồ chuyên khoa. Đừng để một “đợt đái máu đã hết” làm

ta bỏ qua u nhỏ mới mọc.

Với tắc + nhiễm đã giải áp: mốc là hết sốt – xét nghiệm NT sạch – rút JJ/ PCN đúng hẹn – sau đó xử lý triệt căn nguyên nhân (tán sỏi, bít rò…). Không để ống dẫn lưu trở thành "người ở trọ lâu năm".

Và luôn luôn, cờ đỏ quay lại ngay: sốt, rét run; bí tiểu; đái máu đông cục tắc dòng; đau quặn dai dẳng không đáp ứng; phù chân – khó thở (nghi ứ dịch). Một câu dặn rõ ràng giúp người bệnh không sợ quá mà cũng không chủ quan.

6. Ba mẩu chuyện nhỏ – nhắc để nhớ lâu

Một anh 35 tuổi, đau quặn hông trái, sốt 39°C. Có nơi bù dịch 2 lít "cho ra sỏi". Vào đến tôi, mạch vọt, rét run. Tôi đặt JJ, kháng sinh tĩnh mạch. Mười hai giờ sau, anh hết sốt, mặt hồng trở lại. Mở cửa trước – sỏi tính sau. Anh ra viện bình yên, hai tuần sau tán sỏi nhẹ nhàng.

Một bác 62 tuổi, bí tiểu cấp buổi tối, đau đến toát mồ hôi. Gia đình hỏi đủ thứ, sợ đặt sonde "nguy hiểm". Tôi bảo: "Bồn chứa nhà mình đang căng, ta mở van một chút, đêm nay cả hai đều ngủ được." Nước tiểu chạy ào, bác nắm tay tôi "đã quá, bác sĩ

ơi!”. Sáng hôm sau, chúng tôi bắt đầu câu chuyện BPH: từ cơn đến cội rễ.

Một chú 58 tuổi, đái máu toàn bãi, hết rồi lại có. Hai lần đi khám được dặn “uống nhiều nước, theo dõi”. Tôi giải thích vì sao cần soi bàng quang. U nhỏ được cắt sớm, kết quả tốt. Chú bảo: “Hoá ra cái ‘nhìn tận nơi’ quan trọng thật.” Đúng, và đúng lúc.

7. Kết: trật tự mềm mại của một cuộc chữa lành

Ta bắt đầu bằng an toàn, vì không ai chữa bệnh trong hoảng loạn. Ta mở đường thoát, vì nước phải chảy thì thuốc mới tới. Ta dập lửa nhiễm, vì vi khuẩn không chờ ta xong việc khác. Ta tìm nguyên nhân, vì không ai muốn tái phát. Và ta đặt mốc hẹn, vì điều trị tốt cần con số biết nói.

Năm bước ấy, đi trong giọng nói nhẹ, bàn tay ấm, lý trí rõ, sẽ biến một ca bệnh lắt nhắt thành một hành trình sáng sủa: bệnh nhân hiểu mình ở đâu, sẽ đi đâu, và đến lúc nào. Niệu khoa, sau cùng, là nghệ thuật làm cho dòng nước trong cơ thể lại chảy êm. Khi ta tôn trọng trật tự ấy, người bệnh được an; còn ta, mỗi ngày lại nhớ vì sao mình chọn nghề này.

Có người đùa rằng làm niệu khoa là nghề “ống

nước”, suốt ngày lo chuyện tắc – thông – xả. Tôi thì nghĩ khác: niệu khoa là nghề của dòng chảy và của sự kiên nhẫn. Nước chỉ chảy khi có đường, và người thầy thuốc chỉ thật sự hiểu bệnh khi biết lắng nghe từng giọt nước ấy kể chuyện. Mỗi cơn đau, mỗi dòng tiểu rắt buốt, mỗi đêm thức giấc ba lần đều có ngọn nguồn; việc của chúng ta là điềm tĩnh lần theo, nhẹ nhàng mở lối.

Trong những ca trực dài, bệnh nhân nối nhau: người đau quặn, người bí tiểu, người đái máu. Nghe thì na ná ai cũng “đau, khổ, lo” nhưng nếu chỉ nghe bằng tai mà không nghe bằng lòng, ta sẽ bỏ lỡ điều quan trọng nhất: nỗi sợ. Người đau quặn sợ chết, người đái máu sợ ung thư, người són tiểu sợ xấu hổ. Nhiều khi chỉ cần một câu nói đúng lúc: “Tôi hiểu, ai gặp vậy cũng lo. Mình sẽ làm từng bước, có cách hết.” Thế là họ tin, giao phó cho bạn dòng chảy của cơ thể họ. Khi ấy, bạn mới thật sự bắt đầu làm nghề không chỉ chữa bệnh, mà còn trao lại sự bình yên.

Nhiều bạn trẻ hỏi tôi: “Làm sao nhớ hết quy trình?” Tôi bảo: không cần nhớ nhiều, chỉ cần thuộc trật tự. Trong niệu khoa, mất trật tự là mất kiểm soát. Quên sinh hiệu có thể bỏ sót nhiễm trùng huyết; chưa giải áp đã truyền dịch có thể làm thận

“vỡ” vì áp lực; chữa nhiễm mà không hỏi nguyên nhân, bạn sẽ gặp lại người bệnh trong ba tháng nữa. Còn nếu giữ được trật tự “an toàn – thoát nước – diệt nhiễm – tìm nguyên nhân – hẹn mốc”, thì ca bệnh có rối đến đâu bạn cũng biết mình đang ở đâu và cần làm gì tiếp. Y khoa, rốt lại, không cần người thuộc nhiều, mà cần người sắp xếp ít thành đúng.

Sách dạy ta “tam giác bàng quang”, “áp lực detrusor”, “ba chỗ hẹp của niệu quản”, nhưng sách ít nói về nỗi ngại ngùng của cụ bà 70 tuổi xách túi nước tiểu đi chợ, hay ánh mắt bối rối của người đàn ông trung niên hỏi nhỏ: “Bác sĩ ơi, tôi có bị yếu không?” Sách không kể rằng chỉ một lần tháo sonde đúng ngày cũng có thể làm ai đó rơi nước mắt vì được tự chủ trở lại. Sách dạy đọc CT, nhưng không dạy đọc khuôn mặt người bệnh khi nghe tin “phải mổ”. Những điều ấy chỉ học được bằng trải nghiệm và lòng thương. Mỗi lần sai là một bài học; mỗi lần đúng là một niềm vui rất nhỏ như nghe tiếng nước chảy đều qua ống dẫn, như thấy họ ngủ lại được sau nhiều đêm mất giấc.

Nghề này dạy ta khiêm nhường. Có những ca tưởng đơn giản; một viên sỏi nhỏ, một LUTS nhẹ, một đợt đái máu thoáng qua, hóa ra là ung thư giai

đoạn sớm, là suy thận do tắc lâu ngày, là bệnh thần kinh ẩn sau. Cũng có ca tưởng nặng, creatinin cao, ứ nước hai bên mà chỉ sau khi đặt JJ, thận hồi phục ngoạn mục. Tôi học được điều này: đừng vội tin vào ấn tượng đầu tiên. Cơ thể con người không đọc theo giáo trình; hãy khiêm nhường trước mỗi triệu chứng, vì một chi tiết nhỏ có thể đổi cả số phận ca bệnh.

Phần lớn niệu khoa là chờ đợi có mục đích. Chờ cấy nước tiểu ra kết quả. Chờ cơ thể thích nghi thuốc 4–6 tuần. Chờ bàng quang tập lại nhịp mới. Chờ sỏi nhỏ tự ra. Chờ người bệnh hiểu và đổi thói quen uống nước. Thiếu kiên nhẫn, ta dễ nản, dễ đổi thuốc lia lịa, dễ làm họ mất niềm tin. Kiên nhẫn đúng cách theo dõi, ghi nhận, giải thích từng mốc ta sẽ thấy phép màu của cơ thể. Có người tiểu đêm năm lần, một tháng sau còn hai; niềm vui của họ đủ sưởi ấm cả buổi khám.

Chữa bệnh cần lý trí, chữa người cần trái tim. Niệu khoa không chỉ có sỏi, nước, van, áp lực; nó còn có xấu hổ, tự ti, sợ hãi những thứ vô hình nhưng đau không kém. Tôi gặp nhiều phụ nữ giấu són tiểu cả chục năm vì ngại, đến khi khám thì sàn chậu đã sa nặng. Hay các cụ ông sau mổ tiền liệt,

mỗi lần rỉ nước lại thở dài: “Giá trẻ hơn chút chắc không sao.” Khi ấy, thứ cần nhất là một sự lặng yên tử tế: ngồi gần hơn, nói chậm hơn, lắng nghe không phán xét liều thuốc không kê đơn hiệu quả nhất.

Cái đẹp của nghề này nằm ở những cải thiện nhỏ mà bền. Người từng đi tiểu 20 lần/ngày, giờ còn 6; người từng sợ ra đường vì són, nay dám đi du lịch; bệnh nhân sau mổ sỏi nhìn dòng nước trong veo, mỉm cười: “Nghe tiếng nước mà thấy đời mới lại.” Nghề này là vậy: chậm mà chắc, âm thầm mà ấm áp.

Điều khó nhất thường là biết dừng. Khoa học cho ta nhiều công cụ, nhưng kinh nghiệm dạy ta điểm dừng hợp lý. Không phải ca nào cũng cần chụp thêm, không phải ai cũng nên mổ. Nhiều khi “làm thêm” nghĩa là làm quá. Tôi đã thấy những ca rối tung chỉ vì cố “tìm thêm”, trong khi điều cần là đủ rồi. Y học giỏi nhất đôi khi là biết dừng đúng lúc, vì mục tiêu không phải chứng minh bác sĩ đúng, mà là giúp người bệnh sống nhẹ nhàng hơn.

Những ngày trực triền miên, ca khó nối ca khó, người mệt lòng khô, tôi hay ra ban công, nhìn cây hoa giấy trước khoa. Mỗi sáng hoa lại nở, không cần ai dạy. Tôi nghĩ cơ thể con người cũng vậy: chỉ cần

ta mở đúng dòng, dọn đúng lối, nó sẽ tự hồi sinh. Công việc của bác sĩ không phải "làm thay" tạo hóa, mà là trả lại cho tự nhiên cơ hội sửa sai. Giữ tay vững để không run khi quyết định. Giữ lòng ấm để không chai trước khổ đau. Cả hai đi cùng nhau mới làm nên một bác sĩ trọn vẹn.

Khi suy niệm, tôi hay nói: niệu khoa là bài học nhìn đời chỗ nào tắc, ta mở; chỗ nào rò, ta vá; chỗ nào ứ, ta tháo; chỗ nào khô, ta bù nhưng quan trọng nhất là giữ cho dòng chảy êm. Cuộc sống cũng vậy: có lúc ta tắc trong lo âu, ứ trong sợ hãi, rò trong những điều dang dở. Nghề dạy ta cách chữa người, rồi lặng lẽ dạy ta chữa chính mình.

Tôi nhớ một buổi tối sau ca mổ dài, bệnh nhân mỉm cười yếu ớt: "Bác sĩ ơi, giờ tôi chỉ cần được tiểu êm như người bình thường là mãn nguyện lắm lắm rồi" Nghe giản dị mà đủ để hiểu: mọi thứ to tát của y học cuối cùng cũng chỉ để con người được bình thường. Và có lẽ đó là hạnh phúc lớn nhất của nghề này: làm cho điều bình thường trở lại, một cách êm ái, như dòng nước trong sau cơn mưa, chảy qua đôi tay người thầy thuốc lặng lẽ mà bền bỉ ngày này qua ngày khác.

PHẦN II: NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG TIẾT NIỆU & SINH DỤC

Nếu Phần I là "bản đồ" và "cách lái xe", thì Phần II là những cung đường đông đúc nhất, nơi tai nạn xảy ra thường xuyên và dễ nhất: nhiễm khuẩn. Chúng đến bất chợt như một cơn mưa rào, có khi chỉ là cơn lất phất khiến ta mặc thêm chiếc áo mỏng; có khi là trận dông xoáy, nếu không kịp trú, ta sẽ ướt đến tận xương. Trong niệu – sinh dục, nhiễm khuẩn vừa phổ biến vừa đa sắc: từ viêm bàng quang lắt nhắt của một cô gái trẻ, viêm bể thận dữ dội ở chàng trai sỏi kẹt, viêm tuyến tiền liệt âm ỉ kéo dài khiến một người đàn ông thấy mình "già" hẳn đi, đến viêm mào tinh – tinh hoàn cần phân biệt gấp với xoắn tinh hoàn, hay những bệnh lây truyền qua đường tình dục len lỏi giữa những cặp đôi ngại ngùng. Chúng khác nhau ở chỗ, nhưng giống nhau ở cơ chế: vi khuẩn tìm đường bám vào một hệ "cấp – thoát nước" vốn vận hành nhịp nhàng, biến dòng chảy bình thường thành dòng đục, dòng nóng, dòng tắc.

Khi đã hiểu cơ thể như một hệ thống cấp – dẫn –

chứa – thoát (Phần I), ta sẽ thấy mỗi nhiễm khuẩn là một câu chuyện vị trí + điều kiện + vi khuẩn + đáp ứng cơ thể. Vị trí: thận, bể thận – niệu quản, bàng quang, niệu đạo, tuyến tiền liệt, mào tinh – tinh hoàn. Điều kiện: tắc nghẽn, dị vật, sonde, thai kỳ, tuổi già, đái tháo đường, quan hệ tình dục, vệ sinh – hành vi. Vi khuẩn: đa phần là Gram âm đường ruột, nhưng cảnh giác với lây truyền tình dục (Chlamydia, Gonorrhoeae…) hay vi khuẩn cơ hội ở bệnh viện. Đáp ứng cơ thể: từ đau – buốt – rát tại chỗ đến sốt – rét run – nhiễm trùng huyết khi vi khuẩn "cưỡi" trên dòng máu.

Dẫn nhập Phần II này, tôi muốn cùng bạn đặt lại năm nguyên tắc và năm câu hỏi. Năm nguyên tắc: an toàn trước, giải áp đúng lúc, kháng sinh đúng thuốc – đủ liều – đủ thời gian, tìm nguyên nhân nền, và theo dõi có mốc. Năm câu hỏi: (1) Đây là nhiễm ở đâu (trên hay dưới, niệu hay sinh dục)? (2) Có tắc nghẽn không? (3) Có yếu tố nguy cơ (đái tháo đường, thai kỳ, sonde, can thiệp gần đây, quan hệ nguy cơ) không? (4) Có bằng chứng nhiễm toàn thân (sốt, rét run, loạn thần ở người già, HA tụt)? (5) Kháng sinh nào hợp cảnh (tại cộng đồng hay bệnh viện, lần đầu hay tái phát, có dữ liệu cấy – kháng

sinh đồ)? Trả lời xong năm câu đó, bạn đã đi được ba phần tư hành trình.

Chương 6 sẽ mở đầu bằng bức tranh tổng quan: phân loại nhiễm khuẩn đường niệu – sinh dục theo vị trí (trên: thận – bể thận; dưới: bàng quang – niệu đạo; nam chuyên biệt: tuyến tiền liệt; ngoại biên: mào tinh – tinh hoàn), theo độ phức tạp (không biến chứng ở người khỏe vs phức tạp trên nền tắc nghẽn, dị vật, thai kỳ, bệnh mạn), theo bối cảnh (cộng đồng vs bệnh viện), và theo đặc điểm người bệnh (phụ nữ, người già, mang thai, nam giới). Bạn sẽ gặp lại bản đồ yếu tố nguy cơ: đường vào ngắn, thẳng ở nữ; quan hệ tình dục tăng khả năng vi khuẩn "đi nhờ"; sonde như chiếc cầu tạm cho vi khuẩn bám biofilm; tắc nghẽn (BPH, hẹp, sỏi) tạo vũng nước đọng; đái tháo đường làm suy yếu miễn dịch; thai kỳ thay đổi sinh lý đường niệu. Và bạn sẽ cùng tôi nhắc lại kháng sinh đồ thực hành – không phải để thuộc lòng tên thuốc, mà để nắm tinh thần kháng sinh quản (stewardship): bắt đầu hợp lý, giảm phổ khi có kháng sinh đồ, tránh "đánh bom rải thảm", đủ thời gian nhưng không kéo dài vô lý. Ở đây, cốt lõi là lấy mẫu đúng (cấy nước tiểu giữa dòng; cấy máu khi sốt – rét run; ngoáy niệu đạo – cổ tử cung khi nghi STI),

đọc bối cảnh, và nhớ rằng kháng sinh tốt nhất là kháng sinh phù hợp với người bệnh – vi khuẩn – vị trí – bối cảnh.

Chương 7 đi thẳng vào "điểm nóng" trên bản đồ: viêm bể thận và nhiễm khuẩn thận. Tiếng kêu của thận khi bị tấn công không giống bàng quang: đau hông lưng, sốt, rét run, điểm đau dọc niệu quản, đôi khi buồn nôn – nôn. Nhưng tín hiệu đáng sợ nhất là khi nhiễm "cưỡi" trên nền tắc nghẽn: viên sỏi kẹt ở UPJ, bắt chéo mạch chậu, UVJ; niệu quản bị chèn bởi u; sonde tắc; PVR cao vì BPH. Lúc đó, công thức sống còn mà tôi đã nhắc nhiều lần: đau + sốt = tắc + nhiễm → giải áp trước, sỏi tính sau. Giải áp bằng đặt JJ hay dẫn lưu thận qua da; kháng sinh tĩnh mạch theo phác đồ; cấy máu – cấy nước tiểu; theo dõi sát huyết động. Chương này cũng sẽ nói về biến chứng: áp-xe quanh thận, hoại tử nhú thận ở người đái tháo đường, nhiễm trùng huyết, rối loạn chức năng đa cơ quan – và tiêu chuẩn nhập viện, chỉ định hình ảnh (siêu âm để thấy ứ nước; CT-KUB khi nghi sỏi; CT có cản quang khi cần đánh giá biến chứng). Nhưng bên cạnh kỹ thuật, tôi sẽ giữ cho bạn một sợi chỉ đỏ: mở đường cho nước chảy là điều tử tế nhất bạn làm cho thận lúc đó.

Sau cơn bão sẽ đến mưa bụi. Chương 8 là mưa bụi ấy: viêm bàng quang. Nhẹ nhàng hơn, nhưng không được xem nhẹ. Bạn sẽ gặp lại những câu rất đời: “tiểu buốt, rắt, hôi”, “đi suốt ngày mà mỗi lần một chút”, “đau tức hạ vị”, có khi vướng thêm “đỏ đỏ”. Trọng tâm của chương này là phân tầng: không biến chứng ở phụ nữ trẻ, khỏe thường có thể điều trị theo kinh nghiệm ngắn ngày sau khi đã loại trừ thai và biến chứng khi có đái tháo đường, thai kỳ, sonde, nam giới, tái phát, hoặc triệu chứng kéo dài. Sẽ có một phần tôi viết riêng cho phụ nữ mang thai (xử trí nhiễm khuẩn không triệu chứng cần điều trị để phòng viêm thận – bể thận), cho người già (hay gặp lú lẫn – mệt mỏi hơn là buốt rát điển hình), cho người mang sonde (tránh điều trị bacteriuria không triệu chứng, chỉ điều trị khi có triệu chứng/biến chứng). Tôi cũng sẽ bàn cách giảm tái phát: thói quen uống – đi tiểu sau quan hệ, vệ sinh đúng, cân nhắc dự phòng kháng sinh chọn lọc, và – rất quan trọng – đừng lạm dụng kháng sinh khi không cần.

Chương 9 chạm vào một “vùng tối” của nam giới: viêm tuyến tiền liệt và hội chứng đau chậu. Viêm cấp thì ồn ào: sốt – rét run – đau tầng sinh môn – tiểu buốt – bí tiểu; khám trực tràng tuyến đau

chói, phù nề, cấy nước tiểu – máu dương. Ở đây, kháng sinh thấm tuyến (fluoroquinolone hoặc lựa chọn phù hợp địa phương) và thời gian đủ dài là chìa khóa; đừng xoa bóp tuyến trong giai đoạn cấp. Viêm mạn thì âm ỉ, dai dẳng, khiến người đàn ông mệt mỏi, cáu kỉnh, chất lượng sống tụt dốc; xét nghiệm nhiều khi không rõ ràng. Tôi sẽ chia nhỏ nhóm viêm mạn theo phân loại (nhiễm khuẩn vs đau chậu mạn tính không nhiễm) và nhấn mạnh đa mô thức: giáo dục, giảm đau theo bậc, giãn cơ sàn chậu, can thiệp hành vi, đôi khi liệu pháp thần kinh – tâm lý; kháng sinh chỉ có chỗ khi thật sự có bằng chứng nhiễm. Điều người thầy thuốc cần, đôi khi, là kiên nhẫn hơn là đơn thuốc dài.

Chương 10 đưa bạn đến một ngã ba cần quyết đoán: viêm mào tinh – tinh hoàn hay xoắn tinh hoàn? Một bên là nhiễm – đau tăng dần, sốt nhẹ, mào tinh sưng đau, dấu Prehn đỡ đau, doppler thấy tăng tưới máu; bên kia là xoắn – đau đột ngột dữ dội, buồn nôn, bìu cao, mất phản xạ cơ bìu, doppler giảm/không tưới máu. Với xoắn, thời gian là tinh hoàn: cửa sổ vàng < 6 giờ. Đây là chương mà tôi sẽ viết bằng giọng “đập tay vào bàn”: đừng để chậm, đừng để “đi uống thuốc đã”. Còn với viêm mào tinh

– tinh hoàn, điều trị dựa vào nghi căn nguyên: ở nam trẻ hoạt động tình dục, nghĩ STI (chọn kháng sinh phù hợp; điều trị cả bạn tình); ở nam lớn tuổi, nghĩ Gram âm trên nền tắc nghẽn – sỏi, BPH; nghỉ ngơi, nâng đỡ bìu, giảm đau, theo dõi sát áp-xe bìu. Chương này là bài học về nghệ thuật phân biệt cơn đau – và dũng khí quyết định.

Chương 11 khép phần nhiễm bằng một ô cửa nhìn ra xã hội: bệnh lây truyền qua đường tình dục (STI) ảnh hưởng hệ niệu – nam khoa. Ở đây, lịch sử và định kiến nhiều khi khiến bệnh nhân im lặng – mà im lặng trong y khoa là một dạng che giấu nguy cơ. Ta sẽ đi qua viêm niệu đạo (đau buốt – rỉ mủ), viêm cổ tử cung, Chlamydia kín tiếng nhưng dễ gây biến chứng sinh sản, lậu với những biến tấu kháng thuốc; nhắc lại cách lấy mẫu đúng vị trí (niệu đạo/ cổ tử cung/ họng/ trực tràng tùy hành vi), điều trị theo phác đồ cập nhật, nguyên tắc điều trị bạn tình – tránh quan hệ cho đến khi khỏi. Và tôi sẽ cố gắng nói bằng giọng không phán xét: bởi trước khi là "người mắc STI", họ là người đang sợ – sợ xấu hổ, sợ bị đánh giá, sợ mất người thương. Một bác sĩ tốt trong chương này là người biết giữ bí mật – truyền kiến thức – khơi dậy trách nhiệm.

Bạn có thể hỏi: vì sao tôi mở Phần II dài như vậy, trong khi chi tiết nằm ở các chương sau? Bởi tôi muốn bạn cầm được một sợi chỉ xuyên suốt:

- Sợi chỉ thứ nhất:

  Vị trí quyết định tiếng nói.

  Thận kêu bằng sốt – rét run – đau hông lưng; bàng quang nói buốt – rắt – hạ vị tức; tiền liệt "lẩm bẩm" đau tầng sinh môn, sốt nhẹ, dòng tiểu rối; mào tinh "la to" đau bìu, còn xoắn "thét" đau sét đánh.

- Sợi chỉ thứ hai:

  Dòng chảy quyết định mức độ.

  Khi tắc, nhiễm trở thành đèn đỏ. Khi thoát, vi khuẩn mới chịu bị cuốn đi.

- Sợi chỉ thứ ba:

  Bối cảnh quyết định thuốc.

  Ở cộng đồng khác bệnh viện; người trẻ khác

người già; nữ mang thai khác nữ bình thường; kháng sinh đồ là bản đồ, stewardship là tay lái.

- Sợi chỉ thứ tư:

Con người quyết định cách ta nói.

Với người già, câu "bà đừng lo" không bằng "cháu sẽ ở đây với bà, mình làm từng bước nhé"; với người mang STI, câu "sao không cẩn thận?" không bằng "mình điều trị cả hai người để tránh tái phát, và giữ kín cho bạn".

- Sợi chỉ thứ năm:

Mốc hẹn quyết định kết quả.

Không có mốc, điều trị sẽ trôi; có mốc, cả bác sĩ lẫn bệnh nhân đều thấy đường.

Trong từng chương, tôi sẽ giữ tinh thần "vừa đủ" của Phần I.4: xét nghiệm nào đổi quyết định thì làm, còn lại giữ lại cho khoảnh khắc cần. Nước tiểu – siêu âm – PVR/uroflow – CT/MRI – nội soi vẫn là bộ công cụ, nhưng cách dùng sẽ phụ thuộc câu hỏi lâm sàng. Ví dụ, ở viêm bàng quang không biến chứng,

nước tiểu là đủ; ở viêm bể thận kèm nghi sỏi, siêu âm để thấy ứ nước và CT-KUB để định vị; ở đái máu sau nhiễm, nội soi bàng quang khi có chỉ định. Ở viêm tuyến tiền liệt, hình ảnh thường ít hơn dịch tễ + lâm sàng + đáp ứng điều trị; ở viêm mào tinh – tinh hoàn, doppler bìu là bạn thân, còn ở xoắn, đừng mất thời gian khi lâm sàng quá điển hình.

Tôi cũng sẽ nói nhiều hơn về những điều nhỏ mà quan trọng: cách lấy mẫu nước tiểu giữa dòng để không "dương tính giả"; cách đọc pH để gợi struvite hay urat; cách giải thích kháng sinh để người bệnh tuân thủ mà không sợ; cách điều chỉnh lối sống cho người tái phát nhiễm; cách dặn dò cờ đỏ để họ biết khi nào trở lại ngay. Và tôi sẽ dành những đoạn văn ngắn để nói về tôn trọng thân thể trong thăm khám vùng kín, về giữ kín bí mật, về ngôn từ không phán xét – bởi nhiễm khuẩn niệu, sinh dục không chỉ là bệnh, nó còn là câu chuyện của sự riêng tư.

Cuối cùng, tôi muốn khép dẫn nhập này bằng một hình ảnh: dòng nước. Khi bẩn, hãy làm sạch; khi tắc, hãy mở lối; khi yếu, hãy đỡ tay; khi cuồn cuộn, hãy điều hòa. Và khi nước đã trở lại trong veo, ta chỉ cần giữ gìn: một chút thói quen, một chút kiến thức, một chút trách nhiệm. Bác sĩ là người định

hướng, nhưng chính người bệnh mới là người giữ dòng mỗi ngày.

Mời bạn bước vào Chương 6 – để nhìn toàn cảnh chiến trường này: phân loại, yếu tố nguy cơ, và kháng sinh đồ thực hành. Từ đó, ta sẽ đi qua từng "mặt trận" một: thận – bàng quang – tiền liệt – bìu – STI, với cùng một mục tiêu: an toàn – hiệu quả – nhân bản.

Chương 6. Tổng quan: phân loại yếu tố nguy cơ & kháng sinh đồ thực hành

Nếu Phần I là bản đồ và tay lái, thì từ chương 6 trở đi là lúc chúng ta đi vào cung đường đông xe nhất: nhiễm khuẩn. Chúng rất "đời": đến bất chợt, kêu inh ỏi lúc đêm khuya, có khi chỉ là tiếng cọt kẹt khó chịu, có khi là còi báo cháy. Muốn lái êm, ta cần ba thứ: phân loại đúng, nhìn ra yếu tố nguy cơ, và dùng kháng sinh có kỷ luật. Nói ngắn gọn, chương này dạy cách "đặt tên đúng, đoán trước bão, và dùng vũ khí vừa đủ".

1. Gọi đúng tên: phân loại để không lạc lối

Trong tiết niệu sinh dục, nhiễm khuẩn không chỉ "viêm đường tiểu" chung chung. Gọi đúng tên sẽ quyết định xét nghiệm, kháng sinh, thời gian điều trị, thậm chí quyết định có phải nhập viện hay đặt stent/dẫn lưu hay không.

a) Theo vị trí

- Đường niệu dưới: *viêm bàng quang*, *viêm niệu đạo*. Triệu chứng "điển hình đời thường": tiểu buốt – rắt – hôi, tức hạ vị, nhiều lần ít một. Ít khi sốt cao.

- Đường niệu trên: *viêm thận – bể thận*. Đau hông lưng, sốt, rét run, buồn nôn, ấn đau dọc niệu quản. Đây là tầng "dễ bão".

- Nam chuyên biệt: *viêm tuyến tiền liệt* (cấp/mạn), *viêm mào tinh – tinh hoàn*. Đau tầng sinh môn, rối dòng, sốt (cấp) hoặc âm ỉ kéo dài (mạn); đau bìu cần phân biệt xoắn.

- Sinh dục – lây truyền: viêm niệu đạo do lậu/Chlamydia, viêm cổ tử cung… có thể "lây" tiếng nói vào niệu khoa: buốt, rỉ dịch, đái dắt.

b) Theo độ phức tạp

- Không biến chứng: người khỏe mạnh, nữ không mang thai, không tắc nghẽn, không sonde, không bệnh nền nặng. Điều trị đơn giản – ngắn ngày.

Phức tạp: có tắc nghẽn/ dị vật (sỏi, BPH, hẹp, stent, sonde), thai kỳ, đái tháo đường, suy thận, ghép tạng, nam giới, nhiễm bệnh viện. Ở nhóm này, điều trị cần khảo sát nguyên nhân, thời gian dài hơn, và đôi khi giải áp.

c) Theo bối cảnh

Cộng đồng vs bệnh viện/ chăm sóc dài ngày. Bối cảnh quyết định "profile" vi khuẩn và nguy cơ kháng thuốc.

d) Theo mức độ toàn thân

Có nhiễm độc/ nhiễm trùng huyết? Dấu sepsis khiến thứ tự việc đảo chiều: an toàn – giải áp – kháng sinh TM – theo dõi sát; ảnh đẹp tính sau.

Ghi nhớ một câu "bản năng": đau + sốt ở vùng niệu = *có thể là tắc + nhiễm* → giải áp trước, mổ xẻ

nguyên nhân sau.

2. Kẻ hay gây chuyện: vi sinh "đủ dùng"

Chín phần mười các ca là Gram âm đường ruột: *E. coli* dẫn đầu; theo sau là *Klebsiella, Proteus, Enterobacter*. Ở bệnh viện hoặc có sonde lâu ngày, xuất hiện các "tay to" như *Pseudomonas*, *Enterococcus*, thậm chí nấm (*Candida*) trong một số bối cảnh. Ở viêm niệu đạo lây truyền, hãy nghĩ *N. gonorrhoeae* và *C. trachomatis*. Nam viêm tuyến tiền liệt cấp thường vẫn là *E. coli*, nhưng thời gian thuốc và khả năng thấm mô là quyết định.

Điểm mấu chốt không phải thuộc lòng tên loài, mà là hiểu "khu phố" của vi khuẩn:

- Cộng đồng, nữ trẻ: *E. coli* còn nhạy với nitrofurantoin, fosfomycin, trimethoprim/sulfamethoxazole (nếu còn nhạy địa phương).
- Bệnh viện/sonde: cảnh giác ESBL/AmpC, đôi khi cần phổ rộng lúc khởi đầu và thu hẹp sớm khi có kháng sinh đồ.
- Nghi STI: đừng dùng kháng sinh "bừa" niệu khoa; hãy đi đúng phác đồ STI và điều trị bạn

tình.

Những “mảnh vỡ” khiến dòng nước đục: yếu tố nguy cơ

Hễ có nơi nước đọng là vi khuẩn “đến ở”. Hễ van chật là bàng quang mệt mỏi, nhiễm dễ quay lại. Hễ đường vào ngắn – thẳng là vi khuẩn leo nhanh.

- Tắc nghẽn/đường thoát xấu: BPH, hẹp niệu đạo, sỏi, u chèn ép, PVR cao, sa tạng chậu.
- Dị vật: sonde tiểu, stent JJ, sỏi bàng quang, túi thừa bàng quang.
- Hành vi – sinh lý: nữ (niệu đạo ngắn), hoạt động tình dục dày đặc, thói quen nhịn tiểu, uống ít nước, vệ sinh sai cách.
- Sinh học – nội tiết: thai kỳ (giãn niệu quản, trào ngược, ứ nước sinh lý), mãn kinh (thiếu estrogen), đái tháo đường, suy giảm miễn dịch.
- Chăm sóc y tế: kháng sinh gần đây, nằm viện, chăm sóc dài ngày, thủ thuật niệu gần đây.

Nhiều ca tái phát chỉ cần giải quyết một mảnh:

chỉnh PVR, rút sonde đúng hẹn, uống nước "đúng giờ đúng lượng", đi tiểu sau quan hệ, hướng dẫn vệ sinh hợp lý. Đừng vội "đổ lỗi cho cơ địa".

3. Cách "nghe" nhiễm khuẩn: xét nghiệm vừa đủ, đúng lúc

Nước tiểu là câu trả lời nhanh nhất. Que thử (bạch cầu, nitrit, hồng cầu, pH, tỷ trọng) → soi cặn → cấy khi:

- Sốt/ nghi viêm thận – bể thận
- Nam, mang thai, người già, đái tháo đường
- Nhiễm phức tạp/ tái phát/ thất bại điều trị
- Trước can thiệp niệu

Lấy mẫu giữa dòng sau vệ sinh sạch, tránh lẫn tạp âm đạo. Ở người đặt sonde, không chọc túi; kẹp vài phút, lấy từ cổng lấy mẫu. Bacteriuria không triệu chứng (nhất là ở người đặt sonde), phần lớn không cần kháng sinh trừ một số bối cảnh (mang thai, trước thủ thuật niêm mạc chảy máu).

Hình ảnh:

- Siêu âm: tìm ứ nước, sỏi, PVR; đủ cho quyết định sớm.
- CT-KUB: khi nghi sỏi niệu quản, cơn đau đi–đến, siêu âm không rõ.
- CT có cản quang/urography: khi cần đánh giá biến chứng/đường niệu trên trong đái máu chọn lọc.
- Doppler bìu: đau bìu – phân biệt viêm vs xoắn.

Đánh giá toàn thân: sinh hiệu, ý thức (người già dễ lẫn), xét nghiệm cơ bản (bạch cầu, CRP, chức năng thận), cờ đỏ sepsis. Đủ để quyết định điều trị ngoại trú hay nhập viện.

4. Kháng sinh đồ thực hành: dùng vũ khí như người thợ lành nghề

Kháng sinh là "vũ khí" mạnh, nhưng dùng không khéo sẽ phản tác dụng. Tinh thần chung là: bắt đầu hợp lý – hẹp lại sớm – đủ thời gian – không quá tay.

a) Nguyên tắc chung

- Theo bối cảnh địa phương (tỷ lệ kháng

thuốc tại chỗ, “antibiogram” bệnh viện/địa phương).

- Lấy mẫu trước khi dùng kháng sinh nếu có thể (không chậm trễ khi nặng).
- Giải áp khi có tắc; kháng sinh không thay cho mở van.
- Giảm phổ (de-escalation) khi có kháng sinh đồ.
- Thời gian: đủ để hết nhiễm, tránh kéo dài vô ích.
- Giáo dục: giải thích để người bệnh uống đủ, đúng, không tự dừng khi “đỡ đỡ”.

b) Một số khung thực hành (mang tính định hướng, không thay phác đồ địa phương)

- Viêm bàng quang không biến chứng (nữ, cộng đồng): ưu tiên đường uống, ngắn ngày. Lựa chọn thường gặp: nitrofurantoin, fosfomycin liều đơn, trimethoprim/ sulfamethoxazole nếu địa phương còn nhạy (tránh khi kháng cao), một số nơi dùng

pivmecillinam. Tránh fluoroquinolone cho ca nhẹ để giảm kháng và tác dụng phụ.

- Viêm thận – bể thận (ngoại trú ổn định): khởi đầu bằng kháng sinh đường uống/tiêm có hoạt tính hệ thống (tùy nhạy địa phương: fluoroquinolone, beta-lactam thế hệ phù hợp…), theo dõi sát, nhập viện nếu xấu. Thời gian thường dài hơn viêm bàng quang.

- Nhiễm niệu phức tạp/ nhập viện/ nghi sepsis: kháng sinh tĩnh mạch phổ phù hợp, cộng với giải áp khi có tắc; thu hẹp sớm khi có kết quả.

- Nam giới/viêm tuyến tiền liệt cấp: chọn thuốc thấm tốt vào tuyến và thời gian đủ dài; tránh xoa bóp tuyến giai đoạn cấp.

- Nhiễm liên quan sonde: chỉ điều trị khi có triệu chứng; thay sonde khi phù hợp; tránh điều trị bacteriuria không triệu chứng.

- Mang thai: chọn kháng sinh an toàn thai kỳ; điều trị cả nhiễm không triệu chứng để phòng viêm thận – bể thận.

- Nghi STI (viêm niệu đạo, viêm cổ tử cung): đi đúng phác đồ STI, điều trị bạn tình, tránh quan hệ đến khi khỏi; lấy mẫu đúng vị trí (niệu đạo, cổ tử cung, họng/ trực tràng theo hành vi).

Gợi ý nhớ nhanh: "Nhẹ – ngắn – hẹp; Nặng – sớm – rộng nhưng hẹp ngay khi có kết quả." Luôn hỏi: *kháng sinh này có đổi quyết định không, có phù hợp bối cảnh không, có kế hoạch thu hẹp không?*

c) Những lưu ý nhỏ hay cứu bàn thua

- Nitrofurantoin chỉ dùng cho viêm bàng quang (không vào mô thận tốt).
- Fosfomycin hữu ích trong bối cảnh kháng cao, nhưng không phải cho viêm thận – bể thận.
- Fluoroquinolone: hiệu quả hệ thống nhưng tiềm tác dụng phụ; đừng lạm dụng cho ca nhẹ.
- ESBL/AmpC: nếu nghi cao (bệnh viện, từng dùng kháng sinh nhiều, thất bại trước đó), cân nhắc phổ đủ mạnh khi khởi đầu, nhưng thu hẹp ngay khi có kháng sinh đồ.

- Không “đắp” thêm thuốc khi chưa có lý do; mỗi một kháng sinh thừa hôm nay là một lần khó chữa ngày mai.

Kịch bản thường gặp đi từng bước;

Kịch bản 1: Nữ 25 tuổi, buốt – rắt – hạ vị tức, không sốt Nước tiểu que thử (+) bạch cầu/nitrit; không mang thai; không bệnh nền. → Điều trị kinh nghiệm ngắn ngày (uống), không cần hình ảnh; dặn uống nước đủ, tránh kích thích, đi tiểu sau quan hệ; cờ đỏ quay lại: sốt, đau hông, không đỡ sau 48–72 giờ.

Kịch bản 2: Nam 60 tuổi, sốt 38,8°C, đau tầng sinh môn, tia yếu, PVR cao Nghi viêm tuyến tiền liệt cấp. → Kháng sinh thấm tuyến, đủ dài; không xoa bóp tuyến; theo dõi bí tiểu (đặt sonde nếu cần); hẹn đánh giá lại PVR, cân nhắc điều trị BPH khi qua cấp.

Kịch bản 3: Nữ 40 tuổi, đau hông phải, rét run, ấn đau dọc niệu quản Viêm thận – bể thận trên nền nghi sỏi. → Siêu âm tìm ứ nước; nếu gợi tắc: CT-KUB; kháng sinh TM, đặt JJ/PCN khi có tắc; cấy máu/NT; ổn định rồi mới tính xử lý sỏi.

Kịch bản 4: Cụ bà 78 tuổi, lẫn nhẹ, ăn uống kém,

người nhà bảo “đi vệ sinh nhiều” Người già không luôn kể buốt – rắt. Tìm sốt, bạch cầu, CRP, nước tiểu; loại trừ bệnh lý khác gây lẫn; chỉ dùng kháng sinh khi có bằng chứng nhiễm. Tránh điều trị bacteriuria không triệu chứng.

Kịch bản 5: Người đặt sonde lâu ngày, nước tiểu đục hôi, không sốt, không đau Nếu không triệu chứng, phần lớn không điều trị; cân nhắc thay sonde, vệ sinh đúng; chỉ điều trị khi có sốt/đau/biến chứng.

5. Phòng hơn chống: giảm tái phát bằng thói quen và sửa “điểm nghẽn”

- Uống nước chia đều ban ngày, giảm sau chiều tối; không nhịn tiểu.
- Đi tiểu sau quan hệ, hướng dẫn vệ sinh đúng; cân nhắc biện pháp tránh thai ít gây nhiễm tái phát (trao đổi phụ khoa khi cần).
- Điều chỉnh PVR: điều trị BPH/hẹp; tập bàng quang; cân nhắc CIC trong bàng quang “lười co”.
- Ngừng/giảm các thuốc “đè” bàng quang

(kháng cholinergic) nếu không cần thiết.

- Estrogen tại chỗ cho phụ nữ sau mãn kinh (trao đổi phụ khoa).

- Tái phát nhiều: cân nhắc dự phòng kháng sinh liều thấp theo lựa chọn và theo dõi chặt, hoặc dự phòng theo sự kiện (sau quan hệ), luôn song hành stewardship.

- Cuối chương – 10 điều để nhớ

1. Đặt tên đúng: vị trí – phức tạp – bối cảnh – mức độ.

2. Đau + sốt ở vùng niệu: nghĩ tắc + nhiễm → giải áp sớm.

3. Nước tiểu là xét nghiệm “vàng rẻ tiền”; lấy mẫu đúng cách.

4. Siêu âm là mắt đầu tiên; CT-KUB khi nghi sỏi; doppler bìu khi đau bìu.

5. Bacteriuria không triệu chứng: đa số không điều trị (trừ một số bối cảnh).

6. Kháng sinh: theo địa phương, khởi hợp lý –

thu hẹp sớm – đủ thời gian.

7. Nitrofurantoin/fosfomycin: cho bàng quang, không cho thận.

8. Fluoroquinolone: có giá trị nhưng đừng lạm dụng.

9. Sonde/stent: “cầu” cho vi khuẩn thay - rút đúng lúc, vệ sinh đúng.

10. Mốc hẹn và cờ đỏ quay lại là một nửa thành công của điều trị.

Chương 7. Nhiễm khuẩn thận (viêm bể thận, biến chứng, tắc + nhiễm, chỉ định giải áp cấp)

Có những khoảnh khắc trong trực đêm mà tôi luôn nhớ: tiếng bánh xe cáng lăn vội, một bệnh nhân ôm hông lưng, tái xanh, rét run, mắt nhìn như muốn hỏi “tôi có sao không bác sĩ?”. Những lúc như vậy, kiến thức bay về, kinh nghiệm trồi lên, nhưng thứ quyết định vẫn là kỷ luật. Kỷ luật để không hoảng loạn; kỷ luật để đi đúng trình tự. Và sau nhiều năm, tôi đúc lại bảy nguyên tắc vàng cho mọi ca viêm thận – bể thận (nhiễm khuẩn thận), nhất là khi có “tắc + nhiễm”.

1. Nguyên tắc vàng 1: Đau + sốt = coi như "tắc + nhiễm" cho đến khi chứng minh ngược lại

Đừng mất thời gian tranh cãi tên gọi, hãy đặt an toàn lên đầu. Một bên hông lưng đau nhói, sốt, rét run, buồn nôn—bật đèn đỏ ngay. Bạn có thể chưa biết sỏi kẹt ở đâu, nhưng bạn biết chắc đường thoát đang có vấn đề. Hãy để câu thần chú này dẫn đường:

Mở van trước, mổ xẻ nguyên nhân sau.

2. Nguyên tắc vàng 2: Ba phút vàng = ổn định – lấy mẫu – khởi trị (song song, không nối đuôi)

1. Ổn định: đường truyền, sinh hiệu, giảm đau "đủ liều" (NSAID nếu không chống chỉ định; opioid khi cần), chống nôn. Bù dịch vừa phải—đừng "đổ ồ ạt" nếu nghi tắc.

2. Lấy mẫu: cấy nước tiểu (giữa dòng/qua cổng sonde) và cấy máu nếu sốt/rét run. Lấy trước kháng sinh nếu kịp, nhưng đừng chậm giờ vàng.

3. Khởi trị kháng sinh: chọn theo bối cảnh (cộng đồng/bệnh viện, sonde, kháng gần đây).

Mục tiêu: đánh trúng – đủ liều – thu hẹp sớm khi có kháng sinh đồ. Ba việc đi cùng lúc, không phải "xong cái này rồi mới đến cái kia".

3. Nguyên tắc vàng 3: Siêu âm là con mắt đầu tiên; CT-KUB là "định vị viên sỏi"

- Siêu âm cho bạn câu trả lời nhanh: có ứ nước không, bàng quang có trướng không, PVR bao nhiêu.
- CT-KUB (không cản quang) khi nghi sỏi niệu quản mà siêu âm không rõ, khi đau kiểu colic đi–đến, khi cần định vị để quyết định JJ hay PCN.
- CT có cản quang dành cho biến chứng (áp-xe, khí trong thận, hoại tử nhú) hoặc khảo sát đường niệu trên lúc hậu cấp.

Hãy tự hỏi trước mỗi lần chụp: "Kết quả này có đổi quyết định của mình không?" Nếu không, đừng chụp "cho đẹp phim".

4. Nguyên tắc vàng 4: Giải áp sớm: JJ nếu đi dưới được; PCN nếu cần đường thoát thẳng

- Stent JJ: nhanh, hiệu quả nếu đi đường dưới thông thuận; tiện cho xử trí sỏi nội soi sau đó.

- PCN (dẫn lưu thận qua da): chọn khi tắc kín/biến dạng đường dưới, bệnh nhân nặng cần thoát nhanh, hoặc thai kỳ/u chèn ép đoạn thấp.

Câu hỏi không phải "đặt cái gì", mà là "đặt được cái gì nhanh nhất và an toàn nhất để nước chảy được ngay". Sau khi mở dòng, gửi dịch trên chỗ tắc đi cấy nếu có thể, theo dõi sát: hạ sốt sớm là tín hiệu bạn đi đúng đường.

5. Nguyên tắc vàng 5: Kháng sinh là một nửa ca bệnh; nửa còn lại là dòng chảy

Khởi trị hợp cảnh (đủ phổ khi nặng/ bệnh viện, tiết kiệm phổ khi cộng đồng ổn định), rồi thu hẹp (de-escalate) ngay khi có kháng sinh đồ. Thời gian dài hơn viêm bàng quang, nhưng không kéo dài vô ích. Nhớ vài mốc "đủ dùng":

- Nitrofurantoin/ fosfomycin: cho bàng quang, không cho thận.

- Fluoroquinolone: hiệu quả hệ thống nhưng

đừng lạm dụng cho ca nhẹ.

- ESBL nghi cao (sonde, nằm viện, thất bại trước đó): phổ đủ mạnh khi khởi đầu, thu hẹp sớm khi có kết quả.

6. Nguyên tắc vàng 6: Nhận mặt biến chứng sớm – đừng để bão tố nổ ngay trên giường bệnh

- Áp-xe thận/quanh thận: sốt dai, đau khu trú, đáp ứng kém → CT có cản quang, dẫn lưu + kháng sinh đích.

- Viêm thận khí: hiếm nhưng nặng (đái tháo đường) → hồi sức, giải áp, kháng sinh mạnh, có khi phẫu thuật.

- Hoại tử nhú: đái tháo đường/giảm đau kéo dài → có thể đái máu và tắc cơ học do nhú rơi → giải áp + kháng sinh, theo dõi sát.

- Sepsis/sốc nhiễm trùng: hồi sức theo phác đồ, song hành giải áp khi có tắc.

7. Nguyên tắc vàng 7: Không một người bệnh nào giống người bệnh nào – điều chỉnh theo "ngữ cảnh sống"

- Thai kỳ: ngưỡng nhập viện thấp, chọn thuốc an toàn, JJ/PCN khi cần. Bacteriuria không triệu chứng trong thai kỳ phải điều trị.

- Người già: hay lú lẫn hơn là buốt rát; bù dịch thận trọng; chỉnh liều theo eGFR; không vội quy chụp mọi lú lẫn cho nhiễm niệu.

- Đái tháo đường/ suy giảm miễn dịch: dễ biến chứng, theo dõi sát.

- Sonde/ stent: biofilm như tổ vi khuẩn – thay/rút đúng hẹn, không điều trị bacteriuria không triệu chứng trừ chỉ định đặc biệt.

8. Bản đồ 10 bước "đi trong đêm" (thuộc để bớt run)

1. Nhìn – chạm – hỏi: đau hông + sốt?

2. Sinh hiệu/đường truyền/giảm đau ngay.

3. Cấy máu – cấy nước tiểu, lấy trước kháng sinh nếu kịp.

4. Kháng sinh khởi đầu theo bối cảnh.

5. Siêu âm: ứ nước? PVR?

6. Nghi tắc: CT-KUB để định vị (không trì hoãn giải áp ở ca sốc).

7. Giải áp: JJ hay PCN – cái nào đặt được ngay.

8. Theo dõi sát: mạch, HA, nhiệt, lượng nước tiểu.

9. Thu hẹp kháng sinh khi có kết quả; cân nhắc biến chứng nếu sốt dai.

10. Hẹn mốc xử lý nguyên nhân (tán/lấy sỏi, rút JJ/PCN), dặn cờ đỏ quay lại.

9. Những "cái bẫy" thường gặp (và cách bước qua)

- Truyền dịch ồ ạt khi nghi tắc: tăng áp đường tắc, đau hơn, nhiễm nặng hơn → *Bù vừa phải, ưu tiên giải áp.*

- Chờ đủ phim mới giải áp: đặt JJ/PCN trước, phim đẹp để sau.

- Lạm dụng kháng sinh không cấy, không thu hẹp → *Cấy sớm, thu hẹp sớm.*

- Rút JJ/PCN quên hẹn: ống "ở trọ lâu ngày" sinh chuyện → *Hẹn – nhắc – rút.*

- Bỏ sót nguyên nhân nền: chữa xong nhiễm rồi… hẹn gặp lại sớm → *Sửa tắc, chỉnh PVR, tán sỏi đúng thời điểm.*

10. Vài mẩu chuyện ngắn để nhớ như thuộc:

- "Mở trước, tính sau": Anh 38 tuổi, sỏi kẹt đoạn chậu, sốt 39°C. JJ ngay + kháng sinh. Mười hai giờ sau hạ sốt, hai tuần sau tán sỏi. Nếu hôm đó chần chừ chờ phim, có lẽ mọi thứ đã khác.

- "Thai và thận": Chị 29 tuổi, thai 24 tuần, sốt – đau lưng. Nhập viện, thuốc an toàn, PCN khi đau tăng và ứ nước nhiều. Mẹ con yên.

- "Người già không kêu to": Bà 80 tuổi, lẫn nhẹ, chỉ "mệt". Siêu âm ứ nước hai bên, PVR cao. Sonde giải áp + kháng sinh, tìm và sửa điểm nghẽn. Nếu chỉ kê thuốc "viêm đường tiểu" rồi cho về, e là không kịp.

11. Kết chương – giữ cho thận được "thở"

Nhiễm khuẩn thận dạy ta một bài học giản dị: khi dòng chảy được mở, cơ thể tự chữa lành rất nhanh. Công việc của bác sĩ không phải tranh luận tên gọi, mà là đặt lại trật tự: an toàn – mở dòng – dập nhiễm – sửa nguyên nhân – hẹn mốc. Một ca "nặng" bỗng êm đi khi nhiệt giảm, đau lắng, người bệnh thở đều và nói nhỏ: "Đỡ rồi bác sĩ ạ." Lúc ấy, bạn biết mình đã làm đúng điều cần làm: trả lại hơi thở cho quả thận, và trả lại cho người bệnh điều quý giá nhất của y khoa sự bình thường.

Chương 8: Viêm bàng quang (không biến chứng/ biến chứng; phụ nữ, người già, mang thai)

Có người hỏi tôi: "Trong niệu khoa, bệnh nào dạy anh nhiều nhất?" Tôi không nói đến những ca hoành tráng trên bàn mổ, mà nhắc viêm bàng quang – thứ tưởng nhỏ như hạt cát rơi vào giày, đi vẫn được nhưng khó chịu từng bước. Nó dạy tôi cách tôn trọng cái bình thường, bởi khi tiểu êm là một lẽ hiển nhiên, ta chẳng ai để ý; đến khi mất đi, mới biết bình yên là một ân huệ.

Viêm bàng quang giống cơn mưa rào ngắn ngủi: kéo đến đột ngột, rả rích vài ngày, nếu biết che ô thì

qua nhanh; còn nếu coi thường, mưa có thể ngấm lạnh, thấm sâu lên tận thận. Tôi học được rằng, trước mỗi cơn mưa, không nên vội giăng bạt lớn, cũng đừng bỏ mặc. Hãy mở ô đủ che: hỏi đúng, xét nghiệm vừa, thuốc đủ, lời dặn rõ – rồi nhẹ nhàng để cơ thể trở lại nhịp cũ.

1. Gọi đúng tên phong cách của sự sáng sủa

Ngôn ngữ đời thường rất giàu có: "rát, buốt, rắt, hôi, tức hạ vị". Chỉ cần nghe vài câu, ta đã đoán được bàng quang đang giận, chứ thận chưa kêu. Bài học đầu đời của tôi là đừng trộn lẫn:

- Buốt–rắt–hạ vị, *không sốt, không đau hông* → bàng quang.
- Buốt–rắt kèm sốt, rét run, đau hông → hãy sợ cho thận (và quay lại chương 7).

Gọi đúng tên giúp ta không lạc hướng: không cần phim ảnh hào nhoáng, chỉ cần một lọ nước tiểu lấy đúng cách và một tai nghe bằng lòng. Cái đẹp của y khoa, nhiều khi chỉ là sự tiết chế.

2. Ngọn gió đưa mưa tới – những điều bé xíu mà sinh chuyện

Tôi từng hỏi những cô gái trẻ: “Em uống bao nhiêu nước một ngày?” – “Dạ… nhớ sao được.” “Sau quan hệ có đi tiểu không?” – “Dạ… nhiều lần quên.” Ở phụ nữ hậu mãn kinh, chỉ một giọt estrogen cạn cũng đủ làm niêm mạc khô, hệ vi khuẩn đổi giọng; ở người cao tuổi, một PVR 100–200 ml lặng lẽ để lại vũng nước đọng cho vi khuẩn trú. Ở người mang sonde, ống nhựa là cây cầu vi khuẩn dựng nhà.

Viêm bàng quang dạy tôi triết lý “đừng đổ tại cơ địa”. Hãy tìm một mảnh cụ thể để sửa: uống nước chia đều ban ngày, đi tiểu sau quan hệ, tập sàn chậu, giảm PVR, thay/rút sonde đúng hẹn, estrogen tại chỗ khi phù hợp. Sửa một mảnh nhỏ nhiều khi đổi cả bức tranh.

3. Hỏi ít mà trúng – khám gọn mà sâu

Tôi giữ bên mình vài câu hỏi “kim chỉ nam”:

- Khởi phát? Sốt? Đau hông lưng? Nôn? Mang thai? Sonde?
- Đợt này giống hay khác những lần trước?
- Thuốc gần đây là gì (kháng sinh, kháng cholinergic, thuốc cảm)?

- Ảnh hưởng giấc ngủ và công việc đến đâu?

Khám cũng gọn: sinh hiệu, ấn hạ vị, gõ hông lưng. Thêm que thử nước tiểu và soi cặn – thế là đủ cho đa số ca không biến chứng. Cấy nước tiểu khi mang thai, nam, tái phát, thất bại, nghi lan lên thận. Tôi nhắc điều giản dị này cho bác sĩ trẻ: đẹp không phải là nhiều, đẹp là đúng cái cần.

4. Thuốc – dùng như người thợ lành nghề

Kháng sinh với viêm bàng quang không biến chứng là một điệu nhạc ngắn: đúng điệu, vừa nhịp, kết thúc gọn. Ở nhiều nơi, bác sĩ ưa dùng các phác đồ ngắn ngày phù hợp nhạy cảm địa phương dành riêng cho bàng quang; tránh lấy vũ khí "đại bác" dành cho thận bắn vào một cơn mưa rào. Tôi thường nói với bệnh nhân: "Thuốc đủ, không hào phóng; đúng, không dài dòng."

Còn có biến chứng – nam, mang thai, đái tháo đường, sonde, PVR cao, tái phát – thì không thể "đánh nhanh rút gọn". Cấy để biết địch, dài ngày hơn để dọn sạch, và song hành là sửa điểm nghẽn. Dùng thuốc ở chương này giống như dẫn nước qua ruộng bậc thang: từng bậc một, đúng cao trình,

không tràn lan.

5. Những nhóm người khiến tôi bước chậm

- Phụ nữ mang thai: cơ thể đang dựng một ngôi nhà mới; đừng để mưa dột. Bacteriuria không triệu chứng cũng cần chữa để tránh bão viêm thận–bể thận. Chọn thuốc an toàn thai kỳ, ngưỡng nhập viện thấp.

- Người cao tuổi: họ ít kêu buốt rát, thường lẫn, mệt, ăn kém. Hãy sàng lọc nguyên nhân khác trước khi vội quy chụp "viêm đường tiểu". Tránh điều trị bacteriuria không triệu chứng bừa bãi.

- Nam giới: hiếm khi "không biến chứng". Nghĩ đến BPH/hẹp/viêm tuyến tiền liệt; đo PVR, cấy, và đi đường dài hơn.

- Sonde/stent: nơi ở của vi khuẩn. Thay–rút đúng hẹn, vệ sinh đúng, chỉ điều trị khi có triệu chứng.

6. Lời dặn – chiếc ô xinh xắn người bệnh mang theo

Tôi thích viết tay vài câu ngắn:

- “Uống nước chia đều ban ngày, giảm sau 7 giờ tối.”
- “Không nhịn tiểu; đi sau quan hệ.”
- “Tránh cà phê, trà đặc, rượu muộn; chú ý nước ngọt có ga.”
- “Nếu sốt hoặc đau hông, quay lại ngay – đó là tín hiệu nước đã lên thận.”
- “PVR của anh/chị cao – mình sẽ nới cửa (điều trị BPH/hẹp) để bàng quang xả hết.” Những tờ giấy nhỏ ấy nhiều khi “chữa” tốt hơn một toa thuốc dài.

7. Ba mẩu chuyện để nhớ lâu

- Cô H., 24 tuổi – buốt rắt, hạ vị tức, không sốt. Nước tiểu đúng bài, thuốc ngắn ngày, dặn thói quen. Ba ngày sau cô nhắn: “Em ngủ một mạch, cám ơn bác sĩ.” Tôi mỉm cười: chữa xong một cơn mưa rào.
- Cô T., 58 tuổi – tái phát mỗi hai tháng. PVR 120 ml, sa tạng chậu nhẹ. Chúng tôi giảm PVR,

hướng dẫn sàn chậu, estrogen tại chỗ. Sáu tháng sau, trời bớt mưa.

- Chú Q., 66 tuổi – "viêm đường tiểu" lần thứ tư. Lần này chúng tôi đo PVR: 180 ml, cấy, điều trị đợt nhiễm và BPH đồng thời. Khi "cửa van" nới ra, mưa tạnh dần.

8. Những chiếc bẫy tôi đã từng vấp

- Đổ hết rối loạn tiểu tiện cho "viêm" → bỏ sót BPH/hẹp/u bàng quang.
- Kê kháng sinh lặp đi lặp lại ở ca tái phát mà không cấy.
- Dùng thuốc "cho bàng quang" để chữa viêm thận–bể thận khi đã có sốt/ đau hông.
- Điều trị bacteriuria không triệu chứng một cách "hào hiệp" – đổi lại là kháng thuốc và lợi ích bằng không.
- Quên đo PVR – chữa nhiễm xong mà nước vẫn đọng, bệnh vẫn quay lại.
- Sonde ở mãi ống "ở trọ lâu ngày" sinh chuyện.

Tất cả những vấp váp ấy dạy tôi “ít mà đúng, chậm mà sâu, đủ rồi dừng”.

9. Triết lý nhỏ của một chương “nhỏ”

Viêm bàng quang bảo tôi: đừng coi thường cái nhỏ. Một lọ nước tiểu đúng cách đáng giá hơn một phim chụp “cho yên tâm”; một câu dặn đúng lúc ngăn được một đợt nhập viện; một PVR được nhớ đo cứu một chuỗi tái phát vô tận; một ống sonde rút đúng hẹn trả lại tự do cho bàng quang. Nghề y, đến tận cùng, là nghệ thuật chăm chút những điều bình thường.

Khi người bệnh quay lại, bảo: “Bác sĩ ơi, giờ tôi đi nhẹ, ngủ yên, không còn ám ảnh cái nhà vệ sinh nữa”, tôi thấy trong lòng một tia nắng. Chúng ta không làm điều phi thường; ta chỉ giữ cho điều bình thường tiếp tục bình thường. Và như thế là đủ.

Chương này khép lại như một triết văn ngắn: hãy gọi đúng tên, sửa đúng mảnh, dùng thuốc như người thợ khéo, và trao cho bệnh nhân chiếc ô mang theo những thói quen nhỏ, giản dị mà bền. Ở chương sau, khi bước sang viêm tuyến tiền liệt, ta sẽ gặp cơn mưa phùn dai dẳng: ít ồn ào hơn, nhưng đòi hỏi

kiên nhẫn và sự lắng nghe nhiều hơn nữa.

Chương 9. Viêm tuyến tiền liệt (cấp, mạn; hội chứng đau chậu)

“Cơn bão” bất ngờ

Anh Minh 34 tuổi, nhân viên giao hàng, bước vào với gương mặt tái và giọng nói đứt quãng: “Em sốt, rét run, đi tiểu buốt, mà đau càm ràm ở tầng sinh môn. Từ tối qua đến giờ, cứ muốn đi tiểu mà chẳng ra bao nhiêu. Mệt lả.” Khi tôi chạm tay đo nhiệt độ, kim dừng ở 38,9°C. Ấn nhẹ vùng tầng sinh môn, anh nhăn mặt; đặt ống nghe lên bụng dưới, bàng quang căng như quả bóng. Khám trực tràng rất khẽ: tuyến tiền liệt phù nề, nóng, ấn đau chói. Tôi dừng ngay—không xoa bóp, không “cố khám cho kỹ”: với viêm tuyến tiền liệt cấp, xoa bóp có thể đẩy vi khuẩn vào máu.

Ba phút vàng như đã tập: đường truyền – hạ sốt – giảm đau – kháng sinh tĩnh mạch phù hợp bối cảnh. Tôi đặt sonde giải áp bàng quang vì anh gần như bí tiểu. Lấy cấy nước tiểu và cấy máu trước liều đầu. Tôi nói với anh: “Giờ mình dập lửa trước, đừng lo chuyện lâu dài.” Chiều, nhiệt anh hạ. Hôm

sau, nụ cười trở lại. Chúng tôi chuyển dần đường uống, dặn thời gian thuốc phải đủ, vì tuyến tiền liệt khó thấm. Tôi hẹn: “Sau khi hết sốt, mình không làm PSA vội; để qua vài tuần cho tuyến bớt viêm rồi hẵng đo kẻo dương giả. Sonde, nếu ổn, thử rút khi đỡ phù nề.”

Một tuần sau, anh quay lại với tiếng thở dài nhẹ nhõm: “Bác sĩ ơi, hết ‘cháy’, em thấy sống lại.” Cơn bão đi qua, để lại bài học: đừng xoa bóp khi cấp, thuốc đủ thời gian, và giải áp kịp lúc.

“Cơn mưa phùn dai dẳng”

Chú Hòa 52 tuổi, thợ mộc, tới bằng dáng đi chậm lại của người mất kiên nhẫn với chính cơ thể mình. “Bác sĩ ơi, ba tháng nay cháu thấy đau âm ỉ tầng sinh môn, lúc thì rát rát sau khi tiểu, ngồi lâu ghế cứng thấy nhoi nhoi. Đêm dậy một hai lần, tia yếu hơn xưa. Đi khám mấy nơi, uống kháng sinh vài đợt, lúc đỡ, lúc không. Cháu cáu gắt, làm việc kém tập trung.”

Tôi không vội “thêm một toa kháng sinh”. Tôi hỏi câu chuyện đời: công việc ngồi cưa gỗ hàng giờ, cà phê mạnh buổi chiều, ít uống nước, ít vận động, lo

lắng vì con thi đại học. Khám trực tràng: tuyến không nóng, không đau chói, hơi cứng nhẹ, kích thước trung bình. Que thử nước tiểu bình thường, PVR hơi nhích. Tôi giải thích: “Chú có thể đang ở nhóm gọi là hội chứng đau chậu mạn tính (CP/CPPS)—không hẳn là nhiễm khuẩn, mà là ‘cơ – thần kinh – tâm lý’ phối hợp. Tuyến tiền liệt không viêm ầm ầm, nhưng bàng quang – cơ sàn chậu – thần kinh cảm giác như cái đàn lên dây quá chặt.”

Chúng tôi đặt kế hoạch nhiều mũi:

- Giảm đau theo bậc, thuốc giãn cơ sàn chậu khi phù hợp, một alpha-blocker nhẹ để nới “cửa van” nếu LUTS đi kèm.

- Vật lý trị liệu sàn chậu: học thả lỏng, không chỉ Kegel co—vì nhiều người co quá, cần học giãn.

- Cắt caffeine buổi chiều, chia nước đều, đứng dậy mỗi giờ vài phút, ghế nệm mềm.

- Giải tỏa tâm lý: chú thừa nhận “tính nóng, ngủ ít”. Tôi kể chuyện khác để chú đỡ tự trách: “Anh thợ máy, anh lái xe, anh lập trình viên… ai ngồi nhiều cũng dễ bị ‘đàn căng’ như chú.”

- Kháng sinh? Chỉ khi cấy thật sự gợi ý; còn thì không kéo dài vô ích.

Sau bốn tuần, chú cười nhiều hơn: “Đỡ năm phần, tối ngủ ngon. Thấy lạ, chẳng cần kháng sinh dài.” Tôi bảo: “Cơ thể giống cánh đồng. Không phải chỗ nào cũng cần thuốc trừ sâu; nhiều khi chỉ cần tháo rãnh, dẫn nước, bón đúng lúc.”

“Con đường vòng của người cầu toàn”

Anh Tùng 41 tuổi, quản lý dự án, mang theo tập xét nghiệm dày như sách mỏng. “Em đã chụp đủ thứ, uống đủ loại. Mỗi lần đỡ một ít rồi tái. Đau khi xuất tinh, rát sau tiểu, tâm trí mất bình yên.” Tôi xin phép gấp lại xấp giấy. “Giờ anh chỉ cần kể một câu chuyện mới.” Anh cười buồn: “Em sợ ung thư.” Tôi khám kỹ, DRE bình thường, PSA cũ tăng nhẹ ngay sau một đợt viêm rồi đã giảm. Tôi giải thích: “Viêm mạn và đau chậu làm PSA trồi sụt. Ta không lơ là, nhưng không sợ quá. Điều em cần là kế hoạch và mốc.”

Chúng tôi gom lại:

- Nhật ký triệu chứng 3 tuần: đau lúc nào, sau việc gì, mức độ bao nhiêu.

- Thử một liệu trình phối hợp: giảm đau, alpha-blocker, bài tập giãn sàn chậu, thở chậm 10 phút/ngày, giảm cà phê và làm việc đứt quãng (Pomodoro).

- Mục tiêu đo được: điểm đau từ 7/10 còn 3–4/10; giảm số đêm thức giấc; IPSS hạ 5–7 điểm.

- Hẹn 4–6 tuần "đến không phải để 'bị phán', mà để chỉnh dây đàn."

- Lần tái khám, anh nói: "Em không còn ám ảnh nữa. Đau có lúc vẫn còn, nhưng biết cách dập." Tôi mỉm cười: "Biết dập quan trọng hơn biết sợ."

Những mảnh "kỹ thuật" giấu trong câu chuyện

1. Phân loại dễ nhớ

- Cấp tính: sốt cao, rét run, tiểu buốt, đau tầng sinh môn, tuyến đau chói – nóng khi DRE; có thể bí tiểu. Không xoa bóp. Kháng sinh thấm tuyến phù hợp, đủ thời gian, giải áp nếu cần.

- Mạn tính do vi khuẩn: triệu chứng âm ỉ, tái đi tái lại, cấy dương tính theo thời điểm; điều

trị dài ngày có chủ đích, xem xét nguồn nhiễm (niệu đạo, sỏi tiền liệt tuyến).

- Hội chứng đau chậu mạn tính (không nhiễm): đau – khó chịu vùng chậu ≥3 tháng, xét nghiệm thường không gợi nhiễm; điều trị đa mô thức (giãn sàn chậu, giảm đau, alpha-blocker chọn lọc, điều chỉnh lối sống, hỗ trợ tâm lý).

2. Khám và xét nghiệm "vừa đủ"

- DRE: ở cấp chỉ chạm nhẹ, không xoa bóp; ở mạn, đánh giá kích thước – mật độ – đau.

- Nước tiểu: que thử, soi cặn; cấy khi cấp/ mạn tái phát/ điều trị thất bại.

- Các test phân đoạn (2-glass/4-glass) hữu ích khi cần, nhưng không ép mọi nơi; dùng phiên bản rút gọn (trước – sau xoa bóp) ở mạn khi có điều kiện.

- PSA: tránh đo trong đợt cấp hoặc ngay sau thủ thuật; nếu cần, đợi vài tuần.

- PVR/uroflow khi LUTS kèm theo, để không

bỏ sót cản trở.

- Hình ảnh: chỉ khi nghi biến chứng (áp-xe) hoặc chẩn đoán khác (u).

3. Điều trị; nguyên tắc vàng

- Cấp: kháng sinh thấm tuyến, đủ thời gian; giải áp khi bí; không xoa bóp; hạ sốt – giảm đau – bù dịch hợp lý.

- Mạn/CPPS: đa mô thức → thuốc chỉ một phần; trọng tâm là giãn sàn chậu, sửa thói quen, giảm căng thẳng; kháng sinh chỉ khi có bằng chứng.

- Đặt mốc: 4–6 tuần đánh giá điểm đau, IPSS, giấc ngủ, PVR; điều chỉnh dần.

4. Những điều nên nói to

- “Đau không đồng nghĩa với hỏng.”

- “PSA tăng khi viêm, đợi lắng đã.”

- “Thuốc không làm thay bài tập thả lỏng.”

- “Kiên nhẫn là một phần chẩn đoán.”

5. Ba nguyên tắc tôi nhắc bản thân mỗi khi gặp một "tuyến tiền liệt"

(1) Trật tự trước tốc độ. Cấp thì dập lửa đúng, mạn thì đi đường dài.

(2) Đa mô thức hơn đơn thuốc. Một toa đủ khéo luôn có cả bài tập – thói quen – niềm tin.

(3) Đo được mới đỡ được. Không có mốc, mọi lời "đỡ đỡ" chỉ là gió.

Và khi cánh cửa đóng lại, tôi thường ghi nhanh một dòng: *"Lần sau – điểm đau, giấc ngủ, IPSS, PVR."* Đó là cách tôi nhắc mình: đi tiếp con đường dài với người bệnh, chậm rãi mà chắc, để rồi một ngày họ nói: "Bác sĩ ơi, em bình thường lại rồi." Trong nghề này, hai chữ bình thường luôn là phần thưởng ngọt ngào nhất.

Chương 10. Viêm mào tinh – tinh hoàn & phân biệt xoắn tinh hoàn

Có những cơn đau mà người đàn ông không bao giờ quên: đau bìu. Nó như chiếc chuông báo động nằm ngay "điện thờ" của tự tôn và giống nòi. Ở

phòng khám, chỉ cần thấy bệnh nhân bước vào với dáng đi khép nép, một tay đỡ bìu, mặt hơi nhăn, tôi biết hôm nay mình sẽ nói về hai chữ sinh tử của tinh hoàn: viêm hay xoắn.

Tôi luôn nhắc học trò: *"Đau bìu là cuộc chạy đua với thời gian."* Vì viêm cần thuốc và nghỉ ngơi; còn xoắn cần dao mổ – càng sớm càng tốt. Mỗi phút chần chừ là một phần tinh hoàn thiếu máu.

1. Ba câu hỏi đầu giường – đừng để mất phút vàng

a) Đau khởi phát lúc nào?

- Đột ngột như sét đánh (đang ngủ/đang chơi thể thao bỗng choàng đau): nghĩ xoắn tinh hoàn.
- Từ từ tăng, vài giờ đến vài ngày, kèm rát tiểu, tiết dịch: nghĩ viêm mào tinh – tinh hoàn.

b) Kèm gì?

- Buồn nôn, nôn, bứt rứt, không tư thế nào đỡ, có thể đặt bìu cao: ngả về xoắn.
- Tiểu rắt, buốt, sốt nhẹ, "đau nhói khi chạm

mào tinh”: ngả về viêm.

c) Tuổi & bối cảnh?

- Thiếu niên – thanh niên (dậy thì đến <35.: nếu đau đột ngột → luôn coi xoắn cho tới khi chứng minh ngược.
- Trung niên – cao tuổi hoặc có LUTS, đặt sonde, thủ thuật niệu gần đây: viêm do vi khuẩn đường ruột thường gặp hơn.
- Hoạt động tình dục mới/khác bạn tình, rỉ dịch niệu đạo: nghĩ viêm do lây truyền.
- Sau virus quai bị vài ngày: nghĩ viêm tinh hoàn do quai bị (đặc biệt ở nam trưởng thành).

Nguyên tắc khởi đầu: *“Đau bìu cấp + khởi phát đột ngột = xoắn cho đến khi loại trừ.”* Đừng để tối mắt vì một que thử nước tiểu dương tính mà bỏ lỡ xoắn.

2. Khám những dấu hiệu nhỏ quyết định con dao mổ

- Nhìn: bìu sưng, đỏ, tinh hoàn cao hơn bình thường hoặc xoay trục (cực dưới quay lên

trước) → gợi xoắn.

- Sờ: điểm đau nhiều ở cực trên – mào tinh → nghi viêm mào tinh; đau toàn tinh hoàn dữ dội, căng cứng như "hòn đá nóng" → nghĩ xoắn.

- Phản xạ cơ bìu (cremasteric): quệt nhẹ mặt trong đùi → bìu bên đó co lên là còn phản xạ; mất phản xạ gợi xoắn (dù không tuyệt đối).

- Dấu Prehn (nâng bìu): đỡ đau không đáng tin để loại trừ xoắn – đừng dựa một mình.

- Dấu "blue dot" (chấm xanh tím trên da bìu ở cực trên tinh hoàn): gợi xoắn phần phụ tinh hoàn (appendix testis) – thường tự khỏi, nhưng vẫn cần phân biệt với xoắn thật.

Chốt: khám đủ nhưng nhẹ tay. Khi nghi xoắn cao, đừng câu giờ vì "khám kỹ thêm" – gọi ngoại khoa.

3. Siêu âm Doppler – người bạn tốt, nhưng không thay thế được con mắt lâm sàng

Siêu âm Doppler bìu giúp phân biệt:

- Xoắn → giảm hoặc mất tưới máu tinh hoàn.

- Viêm → tăng tưới máu mào tinh/ tinh hoàn, thành bìu dày, dịch bìu.

Nhưng nhớ: hình ảnh không phải thánh chỉ. Ở giai đoạn rất sớm của xoắn, Doppler có thể chưa rõ; hoặc tự tháo xoắn rồi xoắn lại làm rối dấu. Nếu điểm lâm sàng xoắn cao, đừng chờ siêu âm: khám – quyết – đưa vào mổ.

Cột mốc thời gian (để tự nhắc mình): cơ hội bảo tồn giảm mạnh sau khoảng 6 giờ đau liên tục, giảm thêm từ 6–12 giờ, và rất thấp sau 24 giờ. Hãy suy nghĩ bằng đồng hồ, không phải bằng lịch.

4. Viêm mào tinh – tinh hoàn: nhìn đúng nhóm, trị đúng "cửa"

+ **Nhóm trẻ hoạt động tình dục**

Thường do tác nhân lây truyền. Lâm sàng: đau bìu tăng dần, sờ đau mào tinh trước, có thể rỉ dịch niệu đạo, tiểu buốt. Xử trí cốt lõi:

- Kháng sinh hướng vào tác nhân lây truyền theo phác đồ cập nhật tại địa phương.
- Điều trị bạn tình, tránh quan hệ đến khi

khỏi.

- Nghỉ ngơi, nâng đỡ bìu, giảm đau, chườm lạnh những ngày đầu.
- Xét nghiệm sàng lọc STI theo bối cảnh (đường niệu đạo/ cổ tử cung/ họng/ trực tràng, tùy hành vi).

+ Nhóm lớn tuổi/ có cản trở đường tiểu

Thường do vi khuẩn đường ruột (nhiễm ngược dòng). Nền BPH/hẹp/sonde/ sau thủ thuật. Xử trí cốt lõi:

- Kháng sinh phù hợp Gram âm đường ruột theo địa phương, đủ thời gian.
- Tìm và sửa "điểm nghẽn": đo PVR, đánh giá BPH/hẹp/sỏi, thay/rút sonde đúng hẹn.
- Hỗ trợ như trên: nghỉ – nâng bìu – giảm đau – theo dõi sát.

+ Những tình huống "ngoài lề" cần nhớ

- Sau quai bị: viêm tinh hoàn ở người lớn có thể nặng; giảm đau – nâng đỡ, theo dõi biến

chứng; kháng sinh không có vai trò trong virus.

- Lao mào tinh: đau âm ỉ kéo dài, sờ mào tinh hạt – cứng, có thể rò lạnh; nghĩ đến khi viêm mạn không đáp ứng.

- Trẻ nhỏ/ tiền dậy thì: viêm mào tinh hiếm – tìm bất thường đường niệu; đừng bỏ qua xoắn.

Cờ đỏ nhập viện/ chuyển tuyến: sốt cao rét run, đau tăng nhanh, nghi xoắn, áp-xe bìu, không đáp ứng với điều trị ban đầu, nôn ói không dùng được thuốc uống, đái bí/cản trở nặng.

5. Xoắn tinh hoàn: khi con dao mổ là chiếc chìa khóa sinh tồn

Bối cảnh kinh điển: nam trẻ, đau đột ngột dữ dội, buồn nôn, tinh hoàn cao, mất phản xạ cơ bìu. Làm gì?

- Báo ngoại khoa ngay.

- Nếu phương tiện còn chậm vài phút và kinh nghiệm đầy đủ, có thể thử tháo xoắn thủ công (xoay tinh hoàn hướng ngoài như “mở quyển sách”), chỉ khi đau giảm rõ và tưới máu phục

hồi trên lâm sàng – nhưng vẫn phải mổ cố định vì nguy cơ xoắn lại.

- Mổ thăm dò – tháo xoắn – đánh giá tưới máu – cố định tinh hoàn hai bên (bên đối diện cũng cố định do nguy cơ xoắn).

- Nếu hoại tử, buộc phải cắt; nói trước với gia đình/ bệnh nhân về bảo tồn nội tiết/ sinh sản sau này, theo dõi hormone và tư vấn.

Điểm cần can đảm: *"Hãy chấp nhận mổ âm tính để cứu một ca xoắn; đừng để một phim âm tính khiến mình đánh mất tinh hoàn."*

6. Theo dõi và mốc hẹn đừng để "đỡ đỡ" trôi đi

- Viêm mào tinh – tinh hoàn: tái khám 1–2 tuần: đau giảm? sưng bìu hạ?; nếu không cải, nghĩ áp-xe → siêu âm lại. Đợt tái phát → tìm cản trở (PVR, BPH, hẹp).

- Sau xoắn – mổ: theo dõi đau – sưng – vết mổ – tưới máu; hẹn đánh giá chức năng (tinh dịch đồ, hormone) khi phù hợp; cố định tinh hoàn đối diện đã thực hiện trong mổ, nhắc tránh vận động mạnh thời gian đầu.

- STI liên quan: xác nhận hết triệu chứng, tư vấn an toàn, điều trị bạn tình đủ.
- Những cái bẫy tôi dặn lòng phải né
- Tin vào một que thử nước tiểu dương tính rồi bỏ qua xoắn. (Viêm và xoắn có thể đồng thời.)
- Chờ siêu âm dù lâm sàng xoắn rất rõ. (Thời gian là tinh hoàn.)
- Dựa vào Prehn/ cremasteric như "chân lý tuyệt đối". (Chỉ là gợi ý, không phải phán quyết.)
- Cho kháng sinh kéo dài mọi đau bìu mạn tính. (CP/CPPS hoặc đau cơ sàn chậu cần đa mô thức, không phải kháng sinh vô hạn.)
- Quên tìm "điểm nghẽn" ở người viêm tái phát (PVR, BPH, hẹp, sonde).
- Không dặn cờ đỏ: đau tăng, sốt cao, nôn ói, bìu căng cứng – quay lại ngay.

7. Ba mẩu chuyện ngắn để nhớ bằng tim

- Cậu bé 14 tuổi đang đá bóng, bỗng ôm bìu ngã quỵ. Bác sĩ trực gọi mổ ngay dù Doppler chưa kịp. Hai giờ sau, tinh hoàn hồng lại. Một ca "mổ âm tính" còn hơn một ca mất tinh hoàn.

- Chú 67 tuổi tiểu khó lâu năm, bỗng đau bìu, sốt nhẹ. Siêu âm: mào tinh dày, tăng tưới máu; PVR 220 ml. Kháng sinh đủ, đồng thời điều trị BPH. Từ ngày "nới cửa", chú không tái phát.

- Bạn trẻ 26 tuổi đau bìu tăng dần, rỉ dịch niệu đạo. Điều trị theo phác đồ lây truyền, bạn tình cũng được điều trị. Ba tuần sau, cả hai đến cười nhẹ nhõm.

8. Chìa khóa nằm ở thời gian và trật tự

Đau bìu là bài thi phản xạ của người làm niệu: nghi xoắn – gọi mổ, nghi viêm – trị đích, siêu âm hỗ trợ – không chỉ huy. Khi bạn giữ trật tự hỏi đúng 3 câu đầu giường, khám đủ mà gọn, quyết định bằng đồng hồ, sửa điểm nghẽn – phần lớn người bệnh sẽ rời phòng khám nhẹ đi một nửa lo âu. Và có lúc, chính bạn sẽ mỉm cười khi nghe họ nói câu giản dị nhất đời đàn ông: "Bác sĩ ơi, đỡ rồi."

Chương 11. Bệnh lây truyền qua đường tình dục ảnh hưởng tiết niệu & nam khoa

Có những chuyện riêng tư mà phòng khám nghe nhiều hơn quán cà phê: “Bác sĩ ơi, dạo này… rát rát,” hoặc “Em thấy… rỉ rỉ,” hay “Tụi em lỡ…”. Đời sống tình dục là chuyện đẹp, nhưng vi khuẩn lại không biết giữ ý. Chúng đi nhờ từ da – niêm mạc này sang niêm mạc – da khác, để lại những tín hiệu nho nhỏ mà nếu bạn lơ là, chúng sẽ bật loa rất to.

Chương này tôi rủ bạn đi dạo qua “phố cổ” của ngành: lậu – Chlamydia – Mycoplasma – herpes – giang mai – sùi mào gà, và những cơn viêm niệu đạo tinh quái, đôi khi kéo theo viêm mào tinh ở nam, viêm cổ tử cung ở nữ. Chúng ta sẽ không học thuộc lòng tên Latin, chỉ cần nhớ đường đi – lối về – cách nói chuyện với nhau sao cho vừa tế nhị vừa hiệu quả.

1. Mở màn: “đèn báo” ở hệ niệu – sinh dục

Ở nam, đèn báo thường là:

- Rỉ dịch niệu đạo (trong, đục, vàng xanh),
- Tiểu buốt, tiểu rát, tiểu gấp,

- Ngứa râm ran lỗ tiểu,
- Đau khi xuất tinh hoặc đau bìu (gợi viêm mào tinh do STI).

Ở nữ, đèn báo tinh tế hơn:

- Khí hư đổi mùi – đổi màu, ngứa rát vùng kín,
- Đau khi giao hợp, tiểu rát,
- Ra máu bất thường sau quan hệ (nhớ nghĩ viêm cổ tử cung),
- Hoặc… không triệu chứng (vâng, rất nhiều ca im lặng).

Nhớ một câu gọn: “Lậu nói to; Chlamydia thì thầm.” Người nói to dễ phát hiện, kẻ thì thầm mới nguy hiểm vì âm thầm gây biến chứng (viêm tiểu khung, vô sinh, viêm mào tinh).

2. Ba chiếc chìa khóa: Hỏi tế nhị – Lấy mẫu đúng – Trị cả đôi

Hỏi tế nhị: Không phán xét, không buột miệng “sao bất cẩn thế.” Một câu mở nhẹ:

“Để chữa cho nhanh gọn, tôi cần hỏi vài điều riêng tư: lần gần đây nhất quan hệ khi nào, có dùng bao, bạn tình một hay nhiều, dạng quan hệ (âm đạo, miệng, hậu môn)? Tôi giữ kín hoàn toàn.” Bạn sẽ thấy bệnh nhân thở phào và nói thật.

Lấy mẫu đúng: Thời nay dùng NAAT (xét nghiệm khuếch đại acid nucleic) là “con dao Thụy Sĩ”: phát hiện Chlamydia, lậu, và Mycoplasma trong một lần.

- Nam: ngoáy niệu đạo (không tiểu ít nhất 1 giờ trước), hoặc nước tiểu tia đầu.
- Nữ: ngoáy âm đạo/ cổ tử cung (tự lấy hoặc bác sĩ), đôi khi nước tiểu tia đầu hỗ trợ.
- Theo hành vi: có quan hệ miệng/hậu môn thì ngoáy họng/ trực tràng—đừng bỏ quên “cửa sau” vì vi khuẩn không đọc sách đạo đức.

Trị cả đôi: Điều trị một người mà bạn tình không điều trị, chẳng khác gì tắm xong rồi mặc lại áo bẩn. Nguyên tắc là: mời (hoặc nhờ bệnh nhân mời) bạn tình đến khám/điều trị, và tránh quan hệ cho đến khi đôi bên đã hoàn tất phác đồ và hết triệu chứng.

3. “Dàn nhân vật chính” – chân dung cực ngắn

- Lậu (N. gonorrhoeae): rỉ mủ vàng xanh, đau buốt rõ; ủ bệnh ngắn; dễ gây viêm mào tinh ở nam, viêm cổ tử cung ở nữ.

- Chlamydia trachomatis: "thì thầm": ít rỉ, ít đau, nhiều ca không triệu chứng; nguy cơ viêm tiểu khung ở nữ, viêm mào tinh ở nam trẻ.

- Mycoplasma genitalium: giống "Chlamydia phiên bản lì lợm"; gây viêm niệu đạo dai dẳng; cần xét nghiệm đích khi tái phát.

- Herpes HSV: mụn nước – loét đau; tái phát theo đợt; điều trị kháng virus giảm thời gian và tần suất bùng phát.

- Giang mai (Treponema pallidum): "kịch nhiều hồi": săng cứng không đau (kỳ 1), ban đào toàn thân (kỳ 2), rồi âm thầm; xét nghiệm huyết thanh học là mấu chốt; điều trị chuẩn mực giúp cắt chuỗi lây và biến chứng xa.

- HPV (sùi mào gà): mồng gà lỏn chỏn; điều trị đốt/ bôi hóa chất; tiêm vaccine là "lá chắn" quan trọng.

Tôi không liệt kê phác đồ chi tiết ở đây vì mỗi

địa phương có cập nhật khuyến cáo riêng; tinh thần bất biến là đúng chẩn đoán – đúng thuốc – đủ liều – đủ thời gian – tái khám.

4. Một buổi chiều – ba lát cắt

A. Bạn trẻ 23 tuổi – "anh rồng phun khói" Cậu đến với rỉ vàng, tiểu buốt, đau rát; "em dám chắc là viêm bàng quang." Tôi bảo: "Khả năng là lậu/ Chlamydia đấy." Lấy nước tiểu tia đầu/ngoáy niệu đạo, test nhanh dương; điều trị theo khuyến cáo hiện hành, hẹn tránh quan hệ đến khi khỏi, mời bạn tình khám. Ba ngày sau cậu nhắn: "Hết rỉ rồi bác sĩ. Bạn gái em cũng đang điều trị." Bài học: Lậu nói to – nghe kịp là hết rắc rối sớm.

B. Chị 28 tuổi – "người thủ thư im lặng" Chị bảo "khí hư đổi mùi, đau lâm râm khi quan hệ, đi tiểu rát một chút." Khám cổ tử cung dễ chảy máu; NAAT cổ tử cung dương Chlamydia. Chúng tôi điều trị, tư vấn bạn tình, và nói kỹ về nguy cơ viêm tiểu khung nếu trì hoãn. Chị quay lại sau tháng: "Đã ổn, tụi em dùng bao đều." Bài học: kẻ thì thầm mới đáng sợ, vì nó âm thầm leo thang nếu ta không tinh ý.

C. Anh 31 tuổi – "cuộc chiến dai dẳng" Anh đi

qua ba phòng khám với viêm niệu đạo tái phát, mỗi nơi một toa; rỉ lúc có lúc không. Tôi nghĩ đến Mycoplasma, gửi xét nghiệm đích, kết quả dương. Điều trị theo khuyến cáo, dặn tái kiểm nếu còn triệu chứng, mời bạn tình. Một tháng sau, anh cười: "Em tưởng mình 'kinh niên', hóa ra chỉ là đánh nhầm địch." Bài học: đúng kẻ địch – hết chiến tranh.

5. Những chuyện "không phải thuốc" nhưng chữa khỏi rất nhiều

- Bảo mật: nói rõ "tôi giữ bí mật của bạn"; nỗi sợ lộ thông tin khiến nhiều người trốn khám.
- Ngôn từ: bỏ những từ "hư hỏng", "bừa bãi"; thay bằng "an toàn – trách nhiệm – tôn trọng nhau".
- Bao cao su: không phải bức tường bê tông, nhưng là chiếc áo mưa tốt nhất hiện có; đeo từ đầu đến cuối hiệp, đúng cỡ, đúng chiều.
- Tái khám & mốc: hẹn 2–4 tuần tùy bệnh để đánh giá hết triệu chứng/ tuân thủ; một số tình huống cần test of cure theo khuyến cáo.

- Cửa vào – cửa ra: quan hệ bằng miệng/ hậu môn cũng cần xét nghiệm tương ứng; tránh tâm lý "đổi cửa là an toàn".

- Tiêm phòng: HPV (cả nam lẫn nữ), viêm gan B; đừng để vaccine bụi phủ trong tờ rơi.

6. Khi STI "đá" sang niệu khoa thật sự

- Viêm mào tinh do STI: nam trẻ, đau bìu tăng dần, rỉ dịch. Điều trị theo STI, nâng bìu – giảm đau, theo dõi áp-xe bằng siêu âm nếu đau không giảm.

- Viêm bàng quang sau quan hệ: ở nữ, dễ lẫn với viêm bàng quang không biến chứng; nhớ lấy mẫu, và phòng ngừa sau quan hệ (đi tiểu ngay, uống nước, có thể dự phòng chọn lọc).

- Ulcus/loét sinh dục (herpes, giang mai): vừa đau – rát, vừa lây mạnh; điều trị đúng giúp khép vết loét và khép đường lây.

7. Những "điểm đỏ" cần đi bệnh viện ngay

- Sốt cao, rét run, đau bìu dữ dội (nghĩ xoắn – xem Chương 10.,

- Đau hông lưng, nôn ói, tiểu máu (nghĩ lan lên thận – xem Chương 7),
- Đau dữ – phù nề nhanh vùng sinh dục (lo viêm cân mạc hoại tử),
- Lở loét lan nhanh, mủ nhiều, hoặc đau không chịu nổi,
- Đang mang thai mà có sốt – đau bụng – ra huyết.

8. Ba ngộ nhận tôi thường "gỡ rối"

- "Không thâm nhập thì không lây." Sai: da – niêm mạc chạm nhau là đủ lây (herpes, HPV).
- "Quan hệ bằng miệng thì an toàn." Sai nốt: họng có thể chứa lậu/ Chlamydia, truyền theo hai chiều.
- "Âm tính hôm nay = an toàn tuyệt đối." Chưa chắc: còn cửa sổ chẩn đoán. Hẹn xét nghiệm lại đúng mốc nếu có phơi nhiễm.

9. Dặn người bệnh – nói ngắn cho dễ nhớ

- "Trị một – mời một (bạn tình). Hai người

cùng khỏe mới bền.”

- “Đeo từ đầu đến cuối – không phải giữa hiệp mới đeo.”
- “Hết triệu chứng chưa chắc hết mầm – nhớ tái khám.”
- “Lỡ quên? Mình xét nghiệm đúng mốc— đừng ‘để trôi’.”
- “Có mụn nước/ loét – đừng tự bôi. Đến khám, đừng ngại.”

10. Kết: Hài hước vừa đủ, nghiêm túc đúng chỗ

Bệnh lây truyền qua đường tình dục là khoa học của sự thân mật. Nói dí dỏm một chút để giảm ngại, nhưng đúng chuẩn để giảm hại. Chúng ta không chỉ kê thuốc; chúng ta dạy nhau cách đi mưa: đội mũ, mang áo, biết đường ngập để tránh, và về nhà nhớ lau khô.

Khi bệnh nhân rời phòng khám, nếu họ mang theo được ba điều tri thức, trách nhiệm, và một chiếc bao đúng cỡ thì coi như ta đã làm tốt phần việc của mình. Còn lại, cứ để tình yêu lo những

phần đẹp đẽ khác.

Phần II đến đây khép lại bức tranh nhiễm khuẩn niệu & sinh dục: từ bão thận, mưa rào bàng quang, mưa phùn tiền liệt, tới bài học phòng thân của STI. Ở phần tiếp theo, ta sẽ rẽ sang những "con đường khác" của niệu khoa; sỏi, tắc nghẽn, u bướu… nơi bản đồ "cấp–thoát nước" vẫn tiếp tục soi đường, và kỷ luật nhẹ nhàng vẫn là chiếc la bàn đáng tin cậy nhất.

Phần III. SỎI ĐƯỜNG TIẾT NIỆU

Nếu Phần I là "bản đồ" (giải phẫu, sinh lý, tư duy dòng chảy) và Phần II là "mùa mưa" (nhiễm khuẩn), thì Phần III là những cung đường khô ráo nhưng đầy ổ gà: sỏi – tắc nghẽn – rối loạn chứa/xả – u bướu. Ở đây, tiếng ồn không còn là sốt, rét run hay nước tiểu hôi đục; tiếng ồn là tia tiểu yếu, đêm dậy nhiều, đau quặn đi–đến, đái máu chớp nhoáng, là phim ảnh với những chấm trắng đen thách thức quyết định. Phần này không quá kịch tính, nhưng đòi hỏi kỷ luật, kỹ năng "đủ mà gọn", và nghệ thuật nói chuyện với bệnh nhân để cùng đi đường dài.

Tôi muốn mở phần này bằng năm sợi chỉ xuyên suốt, để bất cứ chương nào bạn cũng thấy mình không lạc lối:

1. Dòng chảy là trung tâm. Mọi triệu chứng đều quay về bộ ba áp lực – kháng lực – điều phối. Sỏi ở niệu quản tăng kháng lực đột ngột → cơn quặn; BPH tăng kháng ở "cửa ra" → tia yếu, PVR tăng; bàng quang tăng hoạt là điều phối trục trặc → mót gấp; bàng quang "lười co" là công suất bơm giảm → bí mạn. Khi giữ được

tam giác này trong đầu, bạn sẽ bớt bối rối trước "rừng" xét nghiệm.

2. "Hình ảnh đổi quyết định" mới chụp. Siêu âm để nhận ứ nước và đo PVR; CT-KUB để định vị sỏi; nội soi khi cần nhìn để làm; MRI/CT có cản quang khi nghi u bướu. Mỗi lần bấm nút chụp, tự hỏi: kết quả này có khiến mình chọn lối rẽ khác không? Nếu không, hãy… cất máy.

3. Thủ thuật/phẫu thuật là phương tiện, không phải mục đích. Tán sỏi nội soi, laser, đặt stent, cắt đốt tiền liệt, bốc hơi, tạo hình hẹp niệu đạo, cắt u bàng quang, cắt thận bán phần/toàn bộ… đều là công cụ. Mục tiêu sau cùng vẫn là dòng chảy êm, chức năng thận bảo tồn, chất lượng sống tăng. Khi nào làm? Khi lợi ích ròng vượt rủi ro, khi thuốc và theo dõi không còn đủ, khi người bệnh hiểu – đồng thuận – sẵn sàng.

4. Theo dõi có mốc là "bán phần điều trị". Không mốc, mọi lời "đỡ đỡ" đều mơ hồ. Ở Phần III, mỗi bệnh đều sẽ có bộ mốc riêng: với sỏi là kích thước – vị trí – mật độ – cửa thoát – lịch tái hình ảnh; với BPH là IPSS, Qmax, PVR, biến chứng; với OAB là số lần/đêm, tai nạn,

điểm chất lượng sống; với u bướu là giai đoạn – mô học – lịch soi/scan. Chúng ta sẽ cùng xây dựng "sổ tay mốc" để dùng ngay tại phòng khám.

5. Y đức trong quyết định chung. Tránh "lạm dụng can thiệp", nhưng cũng không ôm khư khư điều trị bảo tồn khi chỉ định mổ đã rõ. Giải thích trung thực, dùng ngôn ngữ đời thường, đặt mục tiêu cùng nhau, và ghi chép để không ai lạc mất con đường đã chọn.

Chương 12. Cơ chế hình thành sỏi – đánh giá chuyển hóa – phòng ngừa tái phát

1. Vì sao sỏi sinh ra?

- Quá bão hòa: nước tiểu đặc, nồng độ tinh thể (Ca–oxalat, Ca–phosphat, urat…) vượt "ngưỡng hòa tan".
- Thiếu chất ức chế kết tinh: citrate, Mg, các protein nhỏ (Tamm–Horsfall) ↓
- pH "không thuận": pH toan → thuận urat; pH kiềm → thuận phosphat/struvite.

- Nhân – khung: ổ viêm, dị vật, ống stent cũ, đài thận "túi" tạo chỗ bám cho tinh thể.

2. Các "họ hàng" sỏi

- Ca–oxalat (phổ biến nhất): X-quang cản quang, CT HU trung–cao, không phụ thuộc pH.
- Ca–phosphat: thích pH kiềm; gặp trong RTA type I, cường cận giáp.
- Urat: không cản quang trên KUB, CT HU thấp, pH toan (<5,5.; tan khi kiềm hóa.
- Struvite (Mg–NH4–PO4.: do UTI sinh urease (Proteus…); sỏi san hô, tiến triển nhanh; điều trị phải dọn sạch + kiểm soát nhiễm.
- Cystin: trẻ/tiền sử gia đình; CT HU trung bình, KUB kém; nước tiểu lục nhạt trên nitroprusside; cần kiềm hóa + uống nhiều.

3. Ai cần đánh giá chuyển hóa?

- Sỏi tái phát, đa ổ, khởi phát sớm, sỏi san hô, không cản quang (nghi urat), có bệnh nền (gout, RTA, cường cận giáp), mổ nhiều lần.

- Nên làm sau khi sạch sỏi – hết nhiễm (tránh sai lệch).

4. Gói xét nghiệm "đủ xài" (24 giờ + máu)

- Nước tiểu 24h: thể tích, Ca, oxalat, urat, citrate, Na; ± cystin nếu nghi.
- Máu: creatinin, Na/K/HCO_3, Ca, urat, PTH (khi nghi cường cận giáp), đường máu.
- pH nước tiểu: đo nhiều thời điểm (sáng/chiều).

5. Đích điều trị chuyển hóa (mốc cụ thể)

- Thể tích nước tiểu: ≥ 2–2,5 L/ngày (màu rơm nhạt).
- Giảm Na ăn: <2 g Na (≈ 5 g muối)/ngày để hạ calci niệu.
- Calci ăn "đủ" (800–1.000 mg/ngày, từ thực phẩm) để giảm hấp thu oxalat – *không kiêng tuyệt đối calci.*
- Oxalat: hạn chế thực phẩm giàu oxalat (rau bina, trà đặc, ca cao…) nếu oxalat niệu cao.

- Citrate: tăng rau quả/ quả họ cam chanh; cân nhắc kali citrate khi citrate niệu thấp.
- Urat: kiêng rượu bia/đạm đỏ, kiềm hóa (pH 6,0–6,5., allopurinol nếu urat niệu cao/ gout.
- Struvite: loại ổ nhiễm + dọn sạch; theo dõi sát – thuốc chỉ hỗ trợ.

6. Dặn bệnh nhân (ngắn gọn, dễ nhớ)

- "Nước tiểu màu rơm nhạt cả ngày = đang uống đủ nước."
- "Muối ↓ thì calci niệu ↓; calci đủ lại đỡ oxalat – nghe nghịch lý mà đúng."
- "Urat sợ môi trường kiềm; mang theo que thử pH nếu cần."

Checklist – Ch.12

☐	Phân loại sỏi (cản quang/ HU/ pH)
☐	Ai cần khi nào: đánh giá chuyển hóa
☐	Mục tiêu: nước tiểu ≥2–2,5 L, Na ↓, citrate ↑, pH

	theo loại sỏi
☐	Kế hoạch dự phòng cá thể hóa + mốc kiểm lại 3–6 tháng

Chương 13. Sỏi thận: chọn URS/PCNL/ESWL theo kích thước & vị trí

1. Ba thông số quyết định

- Kích thước (mm) – đường kính lớn nhất.
- Vị trí (đài trên/trung/dưới; bể thận).
- Mật độ (HU) & giải phẫu thuận lợi (góc đài dưới, BMI, thai kỳ…).

2. ESWL – tán ngoài cơ thể

- Hợp: sỏi thận ≤ 20 mm, HU thấp–trung bình, đài trên/trung, đường "cửa sổ" thuận lợi.
- Kém: đài dưới góc xấu, HU cao, BMI cao, thai kỳ (chống chỉ định).
- Ưu: không xâm lấn, ngoại trú; Nhược: có thể cần nhiều phiên, mảnh sỏi rơi rớt.

3. URS/RIRS + Laser – nội soi niệu quản/soi mềm vào thận

- Hợp: sỏi thận nhỏ–vừa, đài dưới khó với ESWL, cần kiểm soát mảnh; sỏi niệu quản đồng thời.
- Ưu: tỷ lệ sạch cao, "thấy – tán – hút" chủ động; Nhược: đòi hỏi dụng cụ, có nguy cơ phù nề cần đặt JJ.

4. PCNL – qua da

- Chuẩn cho sỏi ≥ 20 mm, san hô, thất bại ESWL/URS.
- Ưu: "dọn sạch" cao, xử lý sỏi lớn; Nhược: xâm lấn hơn, cần gây mê, theo dõi sát chảy máu/nhiễm.
- Biến thể mini/ultra-mini PCNL giảm xâm lấn cho sỏi trung bình.

5. Chọn gì cho ai? (bảng bỏ túi)

- ≤ 10 mm, HU thấp, đài trên/trung $\rightarrow$ ESWL trước.

- 10–20 mm, đài dưới hoặc HU cao → RIRS/ URS + laser.
- ≥20 mm hoặc san hô → PCNL (cân nhắc mini-PCNL).
- Nhiễm/ tắc cấp → GIẢI ÁP trước (JJ/PCN), tán giai đoạn hai.

6. Sau can thiệp & theo dõi

- JJ 2–6 tuần tùy ca; ghi – nhắc – rút đúng hẹn.
- Hình ảnh kiểm tra: siêu âm/KUB 2–6 tuần; CT khi nghi còn sỏi.
- Chuyển hóa & dự phòng (xem Ch.12).

Checklist – Ch.13

☐	Kích thước – vị trí – HU
☐	ESWL (≤20 mm thuận)
☐	URS/RIRS (10–20 mm khó ESWL)
☐	PCNL (≥20 mm/san hô)
☐	Tắc + nhiễm → mở trước
☐	JJ & mốc rút; tái đánh giá

	sạch sỏi

Chương 14. Sỏi niệu quản: ba “điểm kẹt” kinh điển – khi nào cần JJ/PCN cấp cứu

1. Ba “nút cổ chai” tự nhiên

- UPJ (khúc nối bể thận–niệu quản).
- Chỗ bắt chéo mạch chậu.
- UVJ (đoạn đổ vào bàng quang). Cơn đau quặn “đi–đến” thường lan theo ba mốc này.

2. Chẩn đoán “đủ để quyết”

- Siêu âm: ứ nước, giãn niệu quản, PVR.
- CT-KUB: xác định vị trí/kích thước, đánh giá HU và mức tắc; chuẩn để lên kế hoạch.
- Nước tiểu – cấy khi sốt/NT(+).

3. Khi nào có thể “chờ sỏi xuống”?

- Không sốt, đau kiểm soát, không ứ nặng, sỏi $\leq$ 5–6 mm ở đoạn dưới → theo dõi 1–2 tuần, α–blocker hỗ trợ, cờ đỏ quay lại.

4. Khi nào phải JJ/PCN cấp cứu?

- TẮC + NHIỄM: sốt, rét run, sepsis dấu hiệu → mở ngay (JJ hoặc PCN) + kháng sinh TM.
- SUY THẬN/ VÔ – THIỂU NIỆU do tắc (nhất là hai bên hoặc một bên thận).
- Đau không kiểm soát/ nôn ói → cần mở dòng.
- Thai kỳ có triệu chứng nặng.

5. Tán sỏi niệu quản – chọn URS/ESWL

- Đoạn dưới: URS + laser thường ưu thế.
- Đoạn trên: tùy kích thước/HU/ thể tạng – ESWL nếu thuận; URS khi cần chủ động.
- Đặt JJ sau tán khi phù nề/ nhiều mảnh/ nhiễm.

6. Mốc theo dõi

- Tái khám 1–2 tuần: đau, sốt, tiểu; siêu âm ứ nước.
- JJ: ghi ngày rút; quên rút = biến chứng.

Checklist – Ch.14

☐	CT-KUB định vị sỏi (UPJ/ chéo mạch/ UVJ)
☐	Có tắc + nhiễm / AKI / đau không kiểm soát → JJ/PCN ngay
☐	Chờ được? ≤5–6 mm đoạn dưới, không sốt/ứ nặng
☐	URS vs ESWL theo vị trí/ kích thước/HU
☐	Hẹn & rút JJ đúng lịch

Chương 15. Sỏi bàng quang: chỉ định tán nội soi – xử lý nguyên nhân tồn lưu

1. Vì sao sỏi "kẹt" ở bàng quang?

- Cản trở lối ra: BPH, hẹp cổ/niệu đạo → PVR cao, nước đọng → kết tinh.
- Dị vật: chỉ khâu, JJ, catheter lâu ngày.
- Nhiễm: vi khuẩn tạo biofilm.
- Yếu tố hình thái: túi thừa bàng quang.

2. Triệu chứng

- Tiểu gián đoạn, “tia ngắt khi đổi tư thế”, đái máu cuối bãi, buốt rát, đôi khi bí cấp.

3. Chẩn đoán

- Siêu âm/KUB: thấy sỏi di động theo tư thế, PVR cao.
- Nội soi bàng quang: chuẩn để xác nhận & tán ngay khi chỉ định.

4. Chỉ định tán nội soi

- Hầu hết sỏi BQ đều tán nội soi (cơ học/ laser), ngoại trú hoặc nằm ngắn.
- Sỏi lớn nhiều + ghi ngờ tổn thương phối hợp (túi thừa lớn, BPH khổng lồ) → cân nhắc phối hợp thủ thuật hoặc staged.

5. Xử lý “nguồn cơn” – phần quan trọng nhất

- BPH/hẹp → mở cửa ra (thuốc/thủ thuật) để giảm PVR.
- Dị vật → lấy bỏ; stent “thất lạc” phải xử

triệt để.

- Nhiễm → điều trị đích, thay catheter đúng hẹn.
- Túi thừa lớn → cân nhắc cắt/ sửa khi có chỉ định.

6. Theo dõi

- PVR sau thủ thuật, lịch mổ cửa ra (nếu có), nước tiểu kiểm tra.
- Dặn cờ đỏ: sốt, bí, đái máu cục.

Checklist – Ch.15

☐	Siêu âm/KUB + nội soi xác nhận
☐	Tán nội soi là chính
☐	Sửa nguyên nhân tồn lưu (BPH/hẹp/dị vật/túi thừa)
☐	Theo dõi PVR & nhiễm – hẹn mốc

Chương 16. Sỏi niệu đạo:

chiến lược gỡ “kẹt van” an toàn

1. Bối cảnh

- Sỏi từ trên rơi xuống mắc ở niệu đạo sau (cổ BQ, tuyến tiền liệt, đoạn màng).
- Sỏi tiên phát tại chỗ (hiếm): quanh hẹp/ diverticulum niệu đạo, dị vật.
- Yếu tố nền: hẹp niệu đạo, đặt ống tiểu lặp lại, chấn thương tầng sinh môn.

2. Triệu chứng

- Bí tiểu cấp, tia ngắt, đau bìu–đáy chậu, cảm giác “vướng ở khấc dương vật”.
- Sờ thấy khối cứng dọc niệu đạo xốp (ở đoạn xa).

3. Chẩn đoán

- Khám + sờ niệu đạo xốp; siêu âm đầu dò/ KUB;
- Niệu đạo đồ ngược xuôi nếu nghi hẹp kèm, nội soi để vừa chẩn đoán vừa xử trí.

4. Chiến lược gỡ "kẹt van" (theo vị trí & kích thước)

- Niệu đạo trước (xốp), sỏi nhỏ/ di động: kéo/đẩy nhẹ ra lỗ sáo bằng kẹp – bôi trơn tốt, nhẹ tay.
- Niệu đạo sau hoặc sỏi lớn: đẩy ngược vào bàng quang dưới nội soi → tán nội soi trong bàng quang (*an toàn, ít tổn thương niệu đạo*).
- Có hẹp kèm: cân nhắc rạch hẹp nội soi/ đặt dẫn lưu trên mu tạm thời, sau đó tạo hình theo kế hoạch.
- Nhiễm/ phù nề/ chấn thương: đừng cố – đặt sonde trên mu, giải áp rồi hẹn xử trí thì hai.

5. Nguyên tắc an toàn

- Không cố nong thô bạo qua viên sỏi → rách, tụ máu, tụt niêm mạc.
- Vô cảm tốt, bôi trơn đầy đủ; nếu khó, chuyển nội soi.
- Kháng sinh khi nhiễm/ thủ thuật kéo dài.

6. Sau thủ thuật

- Theo dõi tiểu máu nhẹ, đau; kháng sinh ngắn nếu chỉ định;
- Đánh giá nguyên nhân nền (hẹp/ diverticulum/ dị vật) để ngăn tái phát.
- Hẹn niệu đạo đồ/ nội soi khi cần cho kế hoạch tạo hình.

Checklist – Ch.16

☐	Xác định vị trí sỏi (trước/ sau), kích thước, có hẹp kèm?
☐	Đẩy vào BQ tán nếu ở sau/ lớn; kéo ra nếu trước/ nhỏ – nhẹ tay
☐	Nhiễm/ phù nề → dẫn lưu trên mu, hẹn thì hai
☐	Điều tra & sửa nguyên nhân nền (hẹp/ dị vật)

7. Lời kết

Sỏi niệu là bài toán dòng chảy + hóa học. Ta

thắng trận khi: chữa được cơn đau hôm nay (tán/mở đúng lúc), ngăn được viên sỏi ngày mai (dự phòng chuyển hóa), và sửa được "cửa – đường" còn dang dở (BPH, hẹp, dị vật). Mọi quyết định đều quay về câu hỏi giản dị: "Việc này có đổi được kết quả thực sự của người bệnh không?" Nếu có – làm. Nếu không – thôi. Ở đó, nghề niệu trở nên gọn ghẽ, êm như tiếng nước chảy qua một chiếc van đã được chỉnh đúng tay.

Phần IV – BẾ TẮC ĐƯỜNG TIỂU

Nếu phần III nói về những con đường "khô ráo" của hệ tiết niệu – nơi nước vẫn còn lối đi, dòng vẫn chảy – thì Phần IV bước vào vùng bế tắc, nơi nước đã kêu lên. Ở đây, ta không chỉ chữa bệnh, mà chữa nghẽn, không chỉ "giải tỏa" mà còn "giải cứu". Bởi vì trong thế giới của niệu khoa, bế tắc là lúc cơ thể mất tiếng nói tự nhiên nhất của mình – tiếng nước tiểu rơi, êm, đều, nhẹ nhõm.

1. Khi dòng chảy im tiếng

Có lần, một bệnh nhân nói với tôi:

"Bác sĩ ơi, chỉ cần được tiểu ra được là tôi mừng lắm rồi."

Một câu giản dị đến nỗi, nếu không làm nghề, ta khó mà thấu. Trong khoảnh khắc đó, "bế tắc đường tiểu" không còn là chẩn đoán – nó là nỗi ngột ngạt của người bị chặn mất cửa thoát, cả nghĩa đen lẫn nghĩa bóng.

Từ thận ứ nước âm thầm cho đến bí tiểu cấp nổ ra trong đêm, từ hẹp niệu quản quái chiêu đến hẹp

niệu đạo ngoằn ngoèo sau chấn thương – mỗi ca là một bài toán khác, nhưng cùng chung một triết lý:

Mở đường đúng lúc, giữ đường đúng cách, và lắng nghe tiếng nước chảy để biết cơ thể đã yên.

2. Bốn chương – bốn cửa ải của dòng nước

Phần này gồm bốn chương, nối liền nhau như các "nút thắt" trên đường ống của cơ thể:

Chương 17. Thận ứ nước – nhìn bằng hình ảnh, giải bằng lý trí Nơi ta học cách đọc bản đồ ứ nước: từ nhẹ – trung bình – nặng, từ cấp – mạn, và hiểu rằng "thận to" chưa chắc "nguy hiểm" nhưng ứ + nhiễm thì phải hành động ngay. Phần này sẽ nói về nguyên tắc giải áp: *đúng thời – đúng đường – đúng người* (JJ, PCN, hay phẫu thuật), cùng những mốc hình ảnh giúp phân biệt "ứ thật" và "ứ giả".

Chương 18. Hẹp niệu quản – bài học về đường vòng Nhiều khi, đời cũng giống niệu quản: con đường nhỏ nhưng quan trọng nhất lại hay bị kẹt. Ở đây ta gặp sẹo, chấn thương, sỏi, lao, xạ trị, và cả "di chứng phẫu thuật". Chương này không chỉ nói về nội soi nong – đặt stent, mà còn là câu chuyện về tái tạo đường nước, nơi người bác sĩ hóa thân thành

người thợ sửa ống dẫn của tạo hóa, nhẹ tay mà chính xác, cẩn trọng mà bền lâu.

Chương 19. Bí tiểu – khoảnh khắc dòng nước ngừng thở Không có gì khẩn như bí tiểu cấp: người bệnh vật vã, căng tức, mồ hôi vã ra, cầu cứu ánh nhìn. Nhưng sau khi rút ống, vẫn còn cả hành trình tìm nguyên nhân: BPH, hẹp, thần kinh, thuốc, DU. Chương này là thuật toán bằng hơi thở lâm sàng – đo PVR, phân tầng cấp/mạn, xử trí từng bước, từ giải áp đến kế hoạch tái tạo thói quen đi tiểu.

Chương 20. Hẹp niệu đạo – con đường hẹp nhất của nghề niệu Đây là nơi "nghệ thuật" và "kiên nhẫn" gặp nhau. Bởi nội soi – nong – rạch chỉ là phần nổi; phần chìm là hiểu cơ địa, vị trí, chiều dài, tái phát. Tôi sẽ kể những ca "sửa đường" thành công sau nhiều năm, và những bài học từ ca "đường tắc trở lại" – nơi cái thước nhỏ và con mắt quyết định kết quả lớn.

3. Nguyên tắc vàng của phần này

Trong nghề, người ta thường nhắc câu:

"Bất cứ chỗ nào nước bị kẹt, việc đầu tiên là mở lối ra."

Nghe đơn giản, nhưng làm đúng không dễ. Giải áp không chỉ là đặt JJ hay PCN, mà là giải quyết nguyên nhân thật. Nếu không, ống hôm nay mở – mai lại tắc. Bởi vậy, bốn chữ vàng của Phần IV là:

An toàn – Giải áp – Xác định nguyên nhân – Theo dõi có mốc.

Đây không chỉ là quy trình, mà là thói quen tư duy: không bỏ sót nhiễm, không quên thận còn lại, không mù mờ về thời điểm rút ống, và không quên ghi mốc theo dõi.

4. Khi bác sĩ trở thành "người gác cổng"

Bế tắc đường tiểu khiến ta nhớ rằng, trong hệ tiết niệu, bác sĩ không chỉ là người chữa bệnh – ta là người gác cổng của dòng nước. Giữ cho nước đi đúng hướng, đều nhịp, sạch trong – đó chính là bảo tồn sự sống theo nghĩa vật lý nhất. Mỗi quyết định đặt ống, mỗi lần giải áp, mỗi bức ảnh CT ta đọc – đều là một cánh cửa sinh tồn được mở.

Và có lẽ, trong tất cả những niềm vui nghề y, không gì giản dị mà sâu sắc bằng khoảnh khắc bệnh nhân nói:

“Bác sĩ ơi, tôi đi được rồi.”

Một câu tưởng nhỏ, nhưng là bản nhạc khởi đầu cho sự sống trở lại.

5. Một phần “kỹ thuật” mà đầy nhân văn

Phần IV sẽ nhiều thủ thuật, phim ảnh, stent, JJ, PCN, niệu đạo đồ, nhưng đừng sợ khô. Ở mỗi chương, tôi sẽ giữ nguyên tinh thần của cuốn sách: vừa đủ – đúng lúc – dễ hiểu – có hồn. Bởi vì, đằng sau mỗi hình ảnh đen trắng ấy là một con người đang chờ được giải thoát khỏi nỗi ứ đọng – cả về thể chất lẫn tinh thần.

6. Khép lại mở đầu

Nếu niệu khoa là câu chuyện của dòng chảy, thì Phần IV chính là chương nói về những khúc tắc nghẽn của đời sống, cả trong cơ thể và trong con người. Khi ta biết mở đường đúng chỗ, ta không chỉ giúp nước chảy, mà còn giúp nỗi lo được tan ra. Và có lẽ, trong im lặng của phòng mổ, khi ta nghe tiếng nước tiểu đầu tiên chảy ra qua ống dẫn – ấy là âm thanh đẹp nhất của nghề.

“Nghề này, không cần anh hùng. Chỉ cần người biết

mở đường, Và biết dừng lại khi dòng đã chảy.” — Nguyễn Đông Hưng

Chương 17. Thận ứ nước; nhìn bằng hình ảnh, giải bằng lý trí

Có những bức siêu âm nhìn vào là… giật mình: bể thận đen loãng, đài thận nở như cánh hoa, thận to kiểu “bóng nước”. Người nhà nghe chữ “ứ nước” thì lo, nhiều khi sợ hơn cả “u”. Nhưng làm nghề rồi, tôi học được một điều đơn giản: hình ảnh chỉ là tấm bản đồ, còn quyết định đi lối nào phải dựa vào bệnh cảnh thực tế. Thận “to” chưa chắc nguy hiểm; ứ + nhiễm mới là chuyện phải làm ngay. Cả chương này chỉ xin bạn nhớ 3 chữ: bối cảnh – đường thoát – giải áp.

1. Đầu tiên: ứ nước là “tín hiệu”, không phải bản án

“Thận ứ nước” nghĩa là hệ thống chứa nước tiểu trong thận (đài–bể) giãn ra. Giãn vì áp lực phía dưới cao (bị tắc), hoặc đôi khi không do tắc (sinh lý thai kỳ, bể thận ngoài, bàng quang đầy). Vậy việc đầu

tiên luôn là tự hỏi:

- Cấp hay mạn? Cơn đau quặn, nôn, sốt → thiên cấp. Thận căng lâu, nhu mô mỏng, ít đau → nghĩ mạn.
- Một bên hay hai bên? Một bên hay gặp sỏi/ hẹp; hai bên nghĩ cửa ra (BPH, hẹp cổ, bàng quang thần kinh).
- Có nhiễm không? Sốt, rét run, ớn lạnh, bạch cầu/CRP tăng → tắc + nhiễm.
- Chức năng thận thế nào? Thiểu niệu/vô niệu, creatinin tăng → mở dòng sớm.
- Bối cảnh đặc biệt? Thai kỳ, vừa mổ vùng chậu, đặt stent lâu ngày, tiền sử lao/xạ trị…

Chỉ cần 5 câu đó, bạn đã đi được nửa đường.

2. "Đọc bản đồ" ứ nước: nhìn như thế nào cho đúng?

Siêu âm – con mắt đầu tiên

Siêu âm cho ta 3 điều: độ giãn, độ dày nhu mô, niệu quản/bàng quang/PVR.

- Độ giãn (nói nôm na):
- Nhẹ: chỉ bể thận giãn.
- Vừa: bể và vài đài giãn, nhu mô còn.
- Nặng: đài giãn rộng, nhu mô mỏng dẹt.
- Niệu quản: có giãn trên chỗ tắc?
- Bàng quang & PVR: thành dày? túi thừa? PVR cao (nước còn nhiều sau đi tiểu) gợi cửa ra có vấn đề.

Bẫy siêu âm thường gặp (ứ "giả"):

- Bể thận ngoài (extrarenal pelvis): bể thận nằm "lệch" tạo cảm giác giãn nhưng đài không giãn.
- Bàng quang quá đầy: đài–bể giãn nhẹ tạm thời.
- Thai kỳ: hay ứ bên phải sinh lý.
- Mất nước: có thể che ứ sớm (không thấy giãn dù đang tắc).

Mẹo nhỏ: nếu đài không giãn, nhu mô đều – dày,

bàng quang đầy… hãy cho đi tiểu rồi siêu âm lại; rất nhiều ca "ứ"… tự biến mất.

CT-KUB (không cản quang) – tìm "viên sỏi gây kẹt"

Khi nghi sỏi, CT-KUB là "máy soi lỗi": định vị đúng chỗ kẹt, đo kích thước và độ cứng (HU) → từ đó biết chờ được hay phải can thiệp. Ngoài ra, CT còn thấy khí trong thận (viêm thận khí), máu tụ, nhú hoại tử…

CT có cản quang / CT Urography – khi cần nhìn kỹ hơn

Dùng khi nghi u – áp-xe – chèn ép từ ngoài, hoặc cần nhìn đường niệu trên thật rõ sau giai đoạn cấp.

MRI Urography – lúc muốn tránh tia

Hiệu quả ở thai kỳ, dị ứng cản quang, cần xem mô mềm kỹ.

Xạ hình thận (MAG-3/DTPA) – lúc tranh cãi "tắc thật hay không"

Cho ta biết thận còn làm việc bao nhiêu phần trăm và dẫn lưu có kẹt thật không. Hữu ích ở hẹp

UPJ mạn hay ứ kéo dài chưa rõ.

Tóm lại: Siêu âm + bệnh cảnh để khởi đầu; CT-KUB khi nghi sỏi/tắc cấp; CT có cản/MRI khi nghi u/biến chứng; xạ hình khi cần câu trả lời sinh lý.

3. "Thận to" không đáng sợ bằng "thận nhiễm"

Bạn có thể gặp một thận giãn "đẹp" trên phim mà bệnh nhân không đau, không sốt, creatinin ổn – lúc này bàn chậm. Nhưng chỉ cần có sốt + đau + ứ nước là câu chuyện đổi màu: đó là tắc + nhiễm, phải mở đường ngay. Nói đơn giản:

- Tắc + nhiễm = Giải áp khẩn + kháng sinh tĩnh mạch.
- Suy thận do tắc (đặc biệt hai bên, thận độc nhất) = Giải áp sớm.
- Đau không kiểm soát, nôn ói, thai kỳ khó chịu nặng = Mở dòng để an toàn.

Còn lại – khi không nhiễm, không suy – ta được phép suy nghĩ, chọn thời điểm và phương án hợp lý hơn.

4. "Đúng đường – đúng người": JJ hay PCN hay

phẫu thuật?

Đặt stent JJ (niệu quản–bàng quang)

Ưu: đi đường tự nhiên, không có lỗ da, hợp khi sau này định tán sỏi nội soi. Chọn khi tiếp cận được lỗ niệu quản, tắc không kín hoàn toàn, đường dưới không biến dạng. Khó chịu: tiểu gắt, đau hông cuối bãi, tiểu máu nhẹ – nói trước để bệnh nhân khỏi hoang mang. Nhắc kỹ: Ngày rút. Quên rút JJ là công thức của sỏi bám – nhiễm – khó rút.

Dẫn lưu thận qua da (PCN)

Ưu: thoát nước trực tiếp, rất hữu ích khi không vào được đường dưới, khi nhiễm nặng, khi u chèn ép đoạn thấp, hoặc thai kỳ cần tối thiểu can thiệp đường dưới. Chọn khi tắc kín, đường dưới vướng, người bệnh nặng cần mở nhanh. Chăm: giữ ống sạch, theo dõi rò – nhiễm quanh ống; nếu lấy được, gửi dịch bể thận đi cấy.

Phẫu thuật / tái tạo

Đặt ra khi đã ổn định cấp, xác định nguyên nhân thực:

- Sỏi → tán (ESWL/URS/PCNL) tùy vị trí – kích thước – độ cứng.
- Hẹp → nong–rạch nội soi (hẹp ngắn) hoặc tái tạo (hẹp dài/tái phát).
- U chèn ép → chuyển tuyến đa chuyên khoa.

Câu hỏi thực hành: "Cách nào nhanh – an toàn – nước chảy ngay ở bối cảnh này?" Trả lời xong là bạn có lựa chọn đúng. "Tán sỏi đẹp" để sau.

5. Những "mốc hình ảnh" giúp phân biệt ứ thật – ứ giả

- Đài không giãn, nhu mô dày, bàng quang căng → thử đi tiểu – siêu âm lại.
- Thai 2–3 tam cá nguyệt, ứ bên phải nhẹ, không đau – không sốt → nhiều khả năng sinh lý; theo dõi sát, mở khi có chỉ định rõ.
- Bể thận to bóng nhưng đài không "nở cánh" → nghĩ bể thận ngoài.
- CT-KUB âm tính sỏi, đau giảm nhanh, không ứ tiến triển → coi chừng đau nguồn khác.

- Xạ hình chậm thoát + split function giảm → tắc thật đáng sửa.

6. Sau khi mở đường – đừng "quên nửa kia" của điều trị

Kháng sinh & cấy:

- Cố gắng cấy trước khi tiêm liều đầu (nếu kịp); có JJ/PCN thì lấy trên chỗ tắc càng tốt.
- Thu hẹp theo kháng sinh đồ; không kéo dài vô lý.
- Sửa nguyên nhân:
- Sỏi: chọn công cụ thích hợp (xem phần sỏi).
- Hẹp: nội soi/nong nếu ngắn, tái tạo nếu dài/ tái phát.
- Cửa ra (BPH/hẹp cổ): mở van để PVR giảm, tránh ứ hai bên.

Theo dõi có mốc:

- Lâm sàng: sốt/đau/tiểu/ăn ngủ.
- Sinh hóa: creatinin, điện giải (sau mở dòng

có thể "đái bù" – dặn uống nước, theo dõi).

- Hình ảnh: siêu âm 1–2 tuần xem giảm ứ chưa; ca không rõ → CT/xạ hình.
- Dụng cụ: NGÀY RÚT JJ/PCN ghi rõ trong sổ và nhắc lại bằng tin nhắn/ điện thoại.

7. Ba mẩu chuyện dễ nhớ

- Sốt + ứ + sỏi đoạn chậu: mở JJ trong giờ đầu, kháng sinh tĩnh mạch. Hai tuần sau quay lại tán sỏi.

Bài học: giải áp trước, "đẹp đẽ" tính sau.

- Ông cụ LUTS, ứ hai bên, PVR 300 ml: đặt sonde, hạ nhiễm, rồi mở cửa ra (thuốc/thủ thuật).

Bài học: ứ *hai bên thường do "cửa" – PVR là mỏ neo.*

- Thai 26 tuần, ứ nhẹ trái, không sốt: nghỉ, giảm đau, nước vừa; đau tăng hay NT (+) mới PCN.

Bài học: thai kỳ ưu tiên an toàn và theo dõi sát.

8. Những cái bẫy nên tránh

- Truyền dịch ồ ạt khi đang tắc + nhiễm → tăng áp chỗ tắc, nặng hơn. Hãy mở trước, bù sau.
- Chờ phim cho "đẹp" mới dám mở trong nhiễm nặng → trễ. Đặt JJ/PCN trước, phim tính sau.
- Thấy ứ là cho kháng sinh dài ngày mà không cấy – không tìm nguyên nhân → tái phát.
- Quên rút stent → sỏi bám, nhiễm, thậm chí gãy ống.
- Nhầm ứ sinh lý thai kỳ với tắc thật → can thiệp quá tay.
- Tin vào "độ giãn" mù quáng → bỏ sót ca tắc sớm (chưa kịp giãn). Hãy tin bệnh cảnh.

9. Dặn bệnh nhân – nói ngắn cho dễ nhớ

- "Hôm nay mình mở đường cho thận thở đã; sỏi/hẹp sẽ xử sau khi an toàn."

- “Anh/chị có ống JJ/PCN; khó chịu nhẹ là bình thường. Ngày rút ở đây, chúng tôi sẽ nhắc lại.”
- “Nếu sốt, đau tăng, tiểu máu cục, bí tiểu → quay lại ngay.”
- “Sau đợt này, mình tìm và sửa nguyên nhân để không lặp lại.”

10. Tóm tắt 1 trang bỏ túi

- Hỏi 5 câu: cấp/mạn? một hay hai bên? nhiễm? chức năng thận? bối cảnh đặc biệt?
- Siêu âm đầu tay; CT-KUB khi nghi sỏi/tắc; CT có cản/MRI khi nghi u/biến chứng; xạ hình khi cần phân định tắc thật.
- Giải áp ngay nếu: tắc + nhiễm, AKI/thiểu–vô niệu, đau không kiểm soát/ thai kỳ nặng.
- Chọn đường: cái nào nhanh – an toàn – nước chảy ngay (JJ/PCN).
- Cấy trước – thu hẹp sau; kế hoạch nguyên nhân (sỏi/hẹp/BPH/u).

- Hẹn mốc: lâm sàng – creatinin – siêu âm; NGÀY RÚT STENT.

Khi bạn nhìn một tấm phim ứ nước, xin đừng chỉ nhìn phần đen–trắng. Hãy nghe tiếng thở của người bệnh, nhìn nhiệt độ, sờ bàng quang, nhẩm lại 5 câu hỏi. Rất nhiều quyết định "tự rơi xuống" khi chúng ta đi theo lý trí: an toàn trước, mở đường đúng lúc, rồi ung dung sửa nguyên nhân.

Chương 18. Hẹp niệu quản – bài học về đường vòng

Nhiều khi, đời cũng giống như niệu quản; một con đường nhỏ nhưng quan trọng nhất lại hay bị kẹt. Chỉ cần một vết sẹo nhỏ, một viên sỏi cũ, một mũi chỉ vô tình trong ca mổ… là dòng nước từ thận xuống bàng quang bị nghẽn. Và thế là, cả một "thành phố" thận phía trên bắt đầu khốn đốn: nước ứ, áp tăng, nhu mô giãn, đau âm ỉ hoặc dữ dội, đôi khi im lặng cho đến khi thận teo mất.

Có những bệnh nhân đến muộn, thận một bên gần như đã "chết khô", chỉ còn thận kia gồng gánh. Họ kể rằng mình từng đau quặn rồi tự hết, nghĩ không sao. Nhưng cái "tự hết" ấy thật ra là lúc áp

lực đã tạm giảm, còn tắc thì vẫn nguyên. Y học có nhiều thứ kỳ diệu, nhưng cũng nhiều cái nghiệt: có những hẹp chỉ dài vài milimét mà đủ làm một quả thận im tiếng suốt đời.

1. Khi con đường vòng không chỉ là đường nước

Nguyên nhân của hẹp niệu quản muôn hình vạn trạng:

- Có cái do sẹo sau sỏi, khi viên sỏi to từng ngày, cọ xát niêm mạc, để lại vết loét rồi hẹp.
- Có cái do chấn thương: trong mổ sản phụ khoa, đại tràng, thậm chí trong chính ca tán sỏi trước đó.
- Có cái do lao niệu, xạ trị vùng chậu, hay u chèn ép từ ngoài vào.
- Và cũng có khi, đơn giản là bẩm sinh, kiểu "cổ chai" ở chỗ nối bể thận – niệu quản (UPJ).

Nhưng dù nguyên nhân gì, điểm chung là: nước không đi thẳng được, buộc phải tìm đường vòng, và phần "đường vòng" ấy chính là nơi ta – bác sĩ niệu – phải can thiệp.

2. Hẹp niệu quản không ồn ào, nhưng nguy hiểm

Khác với sỏi – "ồn ào" bằng cơn đau quặn thận – hẹp niệu quản thường lặng lẽ, chỉ phát hiện tình cờ khi siêu âm thấy thận giãn. Có người vẫn ăn ngủ bình thường, đến khi mệt, da ngăm, xét nghiệm thấy creatinin tăng thì đã muộn.

Triệu chứng, nếu có, thường rất mơ hồ: âm ỉ hông lưng, đái ít, đôi khi sốt nhẹ dai dẳng, tiểu đục. Còn với hẹp sau phẫu thuật vùng chậu, bệnh nhân thường kể: "Sau mổ vài tuần thì thấy tiểu ít, bụng chướng." Và khi hai bên cùng hẹp, bệnh cảnh đến nhanh như bão: vô niệu, phù, ure tăng, nguy cơ tử vong nếu không giải áp kịp.

3. Hình ảnh học – "nghe" dòng nước bằng mắt

Siêu âm là cánh cửa đầu tiên – dễ, nhanh, cho ta thấy thận có ứ không, mức độ ra sao, niệu quản có giãn đoạn trên hay không. Nhưng để "vẽ bản đồ thật" của con đường hẹp, CT-urography hoặc MRI-urography mới là chìa khóa. Ta cần biết:

- Vị trí (1/3 trên, giữa hay dưới).
- Chiều dài hẹp (mm hay cm).

- Mức độ giãn trên chỗ hẹp.
- Nguyên nhân (sẹo, chèn ép, u, kẹp phẫu thuật…).

Đôi khi phải dùng niệu quản đồ ngược dòng – đưa thuốc cản quang lên để "vẽ lại" hình dạng đường bị tắc.

4. Hẹp có nhiều kiểu, nhưng xử trí chỉ xoay quanh ba cách

Mở đường tạm – đặt stent JJ hoặc dẫn lưu thận qua da (PCN)

Làm ngay khi ứ + nhiễm, suy thận, đau nhiều, hoặc chưa thể xác định rõ vị trí hẹp.

Giống như ta làm đường tránh tạm để giao thông không tắc.

Nhưng nhớ: đường tạm không thể là đường vĩnh viễn.

Nong hoặc rạch nội soi (endoureterotomy)

Hợp với hẹp ngắn $<1–2$ cm, chưa xơ cứng nặng, thận còn chức năng tốt.

Dụng cụ đi qua đường dưới, rạch chỗ hẹp bằng dao lạnh hoặc laser, đặt JJ giữ lòng ống vài tuần.

Có ca thành công ngoạn mục, có ca tái hẹp sau vài tháng – thành công phụ thuộc độ sẹo và tay nghề.

Tái tạo niệu quản (ureteral reconstruction)

Khi hẹp dài, tái phát nhiều, hoặc xơ hóa nặng.

Có thể là nối tận – tận, ghép ruột non, boomerang flap, hoặc chuyển thận xuống thấp (autotransplant) trong trường hợp đặc biệt.

Đây là "nghệ thuật cao nhất" của nghề niệu – đòi hỏi kiên nhẫn, tỉ mỉ, và tôn trọng mô học.

5. Kinh nghiệm thực chiến: 5 nguyên tắc vàng

Nguyên tắc 1: *Giải áp trước – sửa sau.* Không bao giờ mổ khi nhiễm hoặc tắc cấp chưa yên. Mở dòng trước, ổn định thận – rồi mới tính tái tạo.

Nguyên tắc 2: *Đánh giá chức năng thận thật trước khi "ra dao".* Đôi khi thận ứ lâu đã teo, mổ không còn ý nghĩa. Làm xạ hình thận (MAG-3. để xem bên đó còn hoạt động bao nhiêu phần trăm.

Nguyên tắc 3: *Hẹp ngắn – thử nội soi; hẹp dài – tái tạo; hẹp phức tạp – tham vấn nhóm chuyên.*

Nguyên tắc 4: *Không quên kiểm tra thận đối bên.* Đừng mải "mở đường bên tắc" mà quên bên kia đã bắt đầu chịu áp lực "bù trừ".

Nguyên tắc 5: *Đặt mốc theo dõi – không bỏ quên JJ.* Một stent JJ để quá lâu sẽ "hóa thạch" thành sỏi, gây nhiễm tái phát, thậm chí đứt ống khi rút. Ngày đặt phải có ngày rút.

6. Những câu chuyện từ phòng mổ

Tôi từng gặp một cô gái 26 tuổi, sau mổ lấy sỏi niệu quản trái, 6 tháng sau quay lại vì đau lưng tái diễn. Siêu âm cho thấy thận ứ nước độ II. CT lên bàn: sẹo hẹp 1 cm ở đoạn chậu. Cô ấy chỉ im lặng, thở dài: "Em tưởng hết rồi." Ca đó, tôi chọn rạch nội soi bằng laser, đặt JJ 4 tuần. Ba tháng sau, siêu âm hết ứ, cô cười: "Em nghe nước tiểu chảy mà vui như nhạc." Còn có một ông cụ từng mổ đại tràng, bị kẹp niệu quản phải, phát hiện muộn – phải làm tái tạo nối tận – tận. Cụ bảo: "Đường nước với đường đời, hẹp chỗ nào thì sửa chỗ đó, bác sĩ nhỉ." Tôi cười, gật đầu: "Vâng, và sửa sớm thì nhẹ hơn."

7. Dặn bệnh nhân sau nong/tái tạo

- Uống nước đều, chia nhỏ, không "đổ ào".
- Tái khám đúng hẹn, rút JJ đúng ngày.
- Báo ngay nếu sốt, đau, tiểu máu, bí.
- Giữ tâm lý thoải mái – vì mô sẹo "sợ" stress như người ta sợ lạnh vậy.

8. Lời kết

Hẹp niệu quản là bài học về đường vòng – của nước và của đời. Có khi, ta không thể đi thẳng, phải lách qua, phải sửa lại. Nhưng điều quan trọng không phải là "đường cũ" hay "đường mới", mà là dòng nước lại được chảy. Và người bác sĩ, trong khoảnh khắc nhìn thấy giọt nước tiểu đầu tiên rơi ra sau ca tái tạo, sẽ hiểu thế nào là niềm vui của "người thợ sửa ống dẫn của tạo hóa": nhẹ tay, chính xác, cẩn trọng, và bền lâu.

"Không phải con đường nào cũng thẳng, nhưng chỉ cần nước vẫn chảy, là cuộc đời vẫn còn tiếp tục."— Nguyễn Đông Hưng

Chương 19. Bí tiểu – khoảnh khắc dòng nước ngừng thở

Không có cảnh nào khiến người bệnh vật vã như bí tiểu cấp. Cái bụng căng tròn như quả trống, từng cơn buốt rát lan xuống háng, mồ hôi túa ra như tắm, họ ôm lấy bụng, nhìn bác sĩ bằng ánh mắt vừa đau vừa cầu xin:

“Bác sĩ ơi, cho tôi tiểu được đi…”

Chỉ một thao tác đặt ống thông, một dòng nước tiểu ấm chảy ra — giây phút ấy, cơ thể như được thở lại. Nhưng câu chuyện không dừng ở đó. Đặt ống xong chưa phải xong, vì mỗi ca bí tiểu là một lá thư cơ thể gửi cho ta, nhắc rằng “dòng chảy đã có vấn đề”. Nếu ta chỉ dừng ở việc rút bớt nước mà không tìm vì sao nó nghẽn, sớm muộn bệnh nhân sẽ quay lại — lần sau nặng hơn, thậm chí không cứu được thận.

1. Khi dòng nước bị chặn giữa đường

Bí tiểu cấp thường xảy ra đột ngột – người bệnh đi tiểu được hôm qua, hôm nay thì không. Còn bí mạn âm thầm hơn – đi được, nhưng dòng yếu, phải rặn, cuối cùng bàng quang căng mà vẫn "còn lại" hàng trăm mililit. Hai kiểu, nhưng chung một cơ chế: áp lực đầu ra vượt quá sức bàng quang.

Nguyên nhân thì nhiều:

- Nam lớn tuổi – thường là phì đại tuyến tiền liệt (BPH).
- Hẹp cổ bàng quang, hẹp niệu đạo – sau nhiễm, chấn thương, thủ thuật.
- Bàng quang thần kinh – đái tháo đường, chấn thương tủy, tai biến.
- Thuốc – kháng cholinergic, chống trầm cảm, cảm cúm, giảm đau opioid.
- Phụ nữ – ít hơn, nhưng gặp trong sau sinh, sa sàn chậu, chít cổ bàng quang.

2. Khám trong 3 phút vàng

Khi gặp bệnh nhân bí tiểu, hãy dành 3 phút đầu để vừa làm, vừa nghĩ:

- Khẳng định bí: bệnh nhân có căng tức vùng hạ vị, không tiểu được (hoặc chỉ vài giọt rỉ).
- Sờ – gõ: khối cầu căng, gõ đục.
- Đặt sonde (nếu không có chống chỉ định):

Dùng ống bôi trơn tốt, chọn kích cỡ phù hợp (16–18Fr nam, 14–16Fr nữ).

Không cố nong mạnh nếu gặp cản trở – nghi hẹp niệu đạo, dừng lại, gọi hỗ trợ.

- Đo lượng nước ra: con số đó không chỉ là số, mà là chẩn đoán:

<400 ml → có thể chỉ rối loạn chức năng.

500–1000 ml → bí thật.

1000 ml → bí mạn chồng cấp, thận đã chịu áp lực lâu.

Mẹo nhỏ: rút nước từ từ, tránh hạ áp đột ngột khiến chảy máu bàng quang hay tụt huyết áp phản

xạ.

3. Sau khi thông được – việc thứ hai là "đo lại hơi thở của bàng quang"

PVR (Post-Void Residual) – nước tiểu tồn lưu sau khi đi tiểu – là "mỏ neo vàng" trong niệu khoa.

- PVR $<$50 ml → bình thường.
- 50–200 ml → theo dõi.
- 200 ml → bất thường, nghi bàng quang yếu hoặc có tắc lối ra.
- 500 ml → bí mạn thực thụ, cần kế hoạch lâu dài.

PVR giúp ta phân biệt gốc bệnh:

- PVR cao + tia yếu → nghĩ tắc (BPH/hẹp).
- PVR cao + tia yếu + cảm giác tiểu không buồn → nghĩ bàng quang giảm co (thần kinh, đái tháo đường).
- PVR thấp + mót gấp → nghĩ bàng quang tăng hoạt (OAB).

Một phép đo, nhưng giải được cả chục bài toán.

4. Thuật toán thực hành – "đi từng nhịp thở"

Bước 1: Giải áp an toàn

- Nếu đặt được sonde → để dẫn lưu liên tục, không kẹp, không bóp.
- Nếu đặt không được → nghĩ hẹp/ tắc, chuyển nội soi đặt sonde hoặc mở bàng quang trên mu (SPC).

Bước 2: Phân loại tình huống

- Bí cấp lần đầu → tìm nguyên nhân khởi phát (rượu, thuốc, lạnh, stress, thuốc cảm…).
- Bí mạn hoặc tái phát → làm PVR, siêu âm, nước tiểu, PSA (nam), đánh giá tuyến tiền liệt, cổ bàng quang, niệu đạo.

Bước 3: Tìm nguyên nhân

- Nam trung niên → đo IPSS, khám DRE, siêu âm tuyến TL.
- Phụ nữ sau sinh, sa sàn chậu → khám sàn

chậu, đánh giá cơ thắt.

- Nghi thần kinh → khám phản xạ hậu môn, cảm giác tầng sinh môn, hỏi bệnh sử.

Bước 4: Lên kế hoạch lâu dài

- BPH → thuốc (α-blocker ± 5α-reductase), tái khám sau 2–4 tuần; không đáp ứng → mổ nội soi (TURP/HoLEP).

- Hẹp niệu đạo → nong/ nội soi rạch/ tạo hình.

- Bàng quang yếu (DU) → tập đi tiểu đúng giờ, dẫn lưu ngắt quãng sạch (CIC), hỗ trợ thần kinh.

- Thuốc gây bí → dừng hoặc đổi nhóm.

5. Khi nào cần mổ – khi nào nên chờ

Không phải ai bí cũng cần mổ ngay. Mổ chỉ khi:

- Bí tái phát nhiều, PVR cao kéo dài, ảnh hưởng thận (ứ nước, creatinin tăng).

- Không dung nạp thuốc, nhiễm trùng tái

diễn.

- Còn lại, nên tập lại nhịp bàng quang sau khi rút sonde:
- Đo PVR sau mỗi lần đi tiểu, ghi nhật ký tiểu tiện.
- Nếu bàng quang "quên cách bóp", hướng dẫn bài tập kích thích đi tiểu, chườm ấm, tạo phản xạ.

6. Những "cạm bẫy" thường gặp

- Kẹp ống sớm sau đặt sonde → đau, tiểu máu, nhiễm.
- Rút ống quá sớm, chưa rõ nguyên nhân → bí lại, bệnh nhân sợ "bác sĩ làm hỏng".
- Không đo PVR → chẩn đoán sai (tưởng hết tắc nhưng thật ra còn tồn lưu).
- Không tìm nguyên nhân → chỉ giải quyết triệu chứng, không giải quyết vấn đề.
- Bỏ qua thần kinh → bệnh nhân tiểu khó kéo dài, bị quy nhầm "BPH", uống thuốc vô ích.

7. Những chi tiết nhỏ cứu được ca lớn

Một cụ ông 70 tuổi, bí tiểu ba lần, mỗi lần chỉ đặt ống rồi cho về. Lần thứ tư vào, creatinin tăng, thận hai bên ứ. Lúc ấy mới phát hiện PVR sau rút ống vẫn 400 ml, siêu âm: BPH + cổ xơ cứng. Sau mổ nội soi, cụ cười: "Bây giờ tôi ngủ qua đêm không phải dậy nữa." Một chị 45 tuổi, sau mổ phụ khoa, tiểu không được, đặt sonde một tuần vẫn thế. Kiểm tra lại: bàng quang thần kinh tạm thời, tập tiểu và dẫn lưu ngắt quãng, một tháng sau tự đi được. Không phải cái gì cũng "tắc", có khi chỉ là bàng quang quên nhịp.

8. Dặn dò – để dòng chảy trở lại nhịp nhàng

- Uống đủ nước, không "nhịn" tiểu quá lâu.
- Tránh thuốc gây bí (thuốc ho, cảm cúm, chống trầm cảm) nếu có tiền sử.
- Theo dõi lượng tiểu mỗi ngày; nếu thấy giảm, buốt, rặn nhiều, đi khám sớm.
- Sau rút ống, theo dõi lại PVR để chắc rằng bàng quang "đã nhớ cách bóp".

9. Kết lại – nghe dòng chảy của sự sống

Bí tiểu là một trong những tình huống cấp cứu đơn giản mà sâu sắc nhất trong nghề. Đặt ống thông nhìn thì dễ, nhưng làm đúng – an toàn – có kế hoạch lại đòi hỏi người thầy thuốc hiểu cả sinh lý lẫn tâm lý. Vì bên cạnh cái đau, là nỗi sợ hãi mất kiểm soát, nỗi lo "không còn bình thường được nữa".

Và khi dòng nước đầu tiên rơi ra, bệnh nhân thở phào, bác sĩ cũng nhẹ lòng. Trong khoảnh khắc đó, ta mới thấy rõ: sự sống đôi khi chỉ là được thở, và được tiểu bình thường. Niệu khoa, suy cho cùng, không chỉ là "mở đường cho nước", mà là giúp con người lấy lại sự tự do giản dị nhất của cơ thể.

Chương 20. Hẹp niệu đạo – con đường hẹp nhất của nghề niệu

Trong suốt bao năm làm nghề, tôi vẫn coi niệu đạo là con đường "khó tính" nhất trong cơ thể người đàn ông. Nó nhỏ, dài, quanh co, vừa mang chức năng "dẫn nước" vừa là "đường sống". Chỉ một vết sẹo mảnh như sợi tóc, một chấn thương nhỏ cũng đủ khiến dòng nước bị nghẽn. Và trong cái hẹp vài milimét ấy, người bệnh gánh cả một nỗi khổ –

không đi được, tiểu rắt, són, viêm tái diễn, có khi phải sống cùng ống thông suốt đời.

Người ngoài nhìn vào, tưởng "chỉ là hẹp", chỉ cần nong hay rạch là xong. Nhưng người trong nghề hiểu: nong hay rạch chỉ là phần nổi của tảng băng, còn phần chìm là cơ địa, mô sẹo, tiền sử, và sự kiên nhẫn của cả bác sĩ lẫn bệnh nhân.

1. Một con đường mỏng manh, nhưng nhiều ngã rẽ

Niệu đạo nam dài khoảng 18–20 cm, chia thành nhiều đoạn với tính cách khác nhau:

- Đoạn tiền liệt (đi qua tuyến TL) – chịu ảnh hưởng của bệnh lý phì đại, mổ trước đó.
- Đoạn màng – ngắn, là "cánh cửa" kiểm soát tiểu tiện; tổn thương ở đây thường để lại di chứng nặng nề.
- Đoạn xốp – dài nhất, chạy dọc dương vật, mềm mại nhưng dễ bị chấn thương do té ngã, đặt sonde nhiều, hoặc viêm niệu đạo mạn.

Ở mỗi đoạn, mô sẹo có tính khí riêng. Có sẹo

“ngoan”, rạch xong mở ra là êm; có sẹo “cứng đầu”, càng nong càng dày thêm; cũng có loại “im lặng” – không hẹp lắm nhưng rối loạn chức năng, khiến bệnh nhân tiểu khó mà phim thì lại “đẹp”.

2. Khi dòng nước đổi hướng

Tôi còn nhớ một bệnh nhân trẻ, 35 tuổi, lái xe tải, từng ngã xe vài năm trước. Lúc đầu chỉ đái khó nhẹ, sau đó dòng yếu dần, phải rặn, rồi bí. Chụp niệu đạo đồ – hẹp 2 cm đoạn hành. Tôi rạch nội soi, đặt sonde, bệnh nhân nhẹ nhõm, tiểu tốt. Nhưng 6 tháng sau, anh quay lại: hẹp lại y chỗ cũ. Lần hai, tôi không rạch nữa, mà gửi đi tạo hình niệu đạo tận–tận. Một năm sau, anh ghé thăm, tươi cười:

“Bác sĩ ơi, giờ tôi tiểu còn mạnh hơn hồi chưa bệnh.”

Tôi học được một điều: mỗi đường hẹp có “tính cách” riêng, có cái hợp nong, có cái chỉ ngoan khi được tái tạo triệt để. Nếu cố ép – không khác gì “đè sẹo cho thẳng”, càng đè càng dày.

3. Hẹp niệu đạo dạy ta sự kiên nhẫn

Khác với sỏi – chỉ cần tán là xong – hẹp niệu đạo

là cuộc hôn nhân dài hạn giữa bác sĩ và bệnh nhân. Nong hôm nay êm, chưa chắc tháng sau êm nữa. Có khi phải đi theo bệnh nhân năm, mười năm, từng mốc, từng phim, từng lần soi.

Tôi vẫn bảo học trò rằng:

“Làm niệu đạo không cần nhanh, mà cần đều. Mỗi milimét mở ra là một bước kiên nhẫn.”

Có bệnh nhân tôi gặp từ khi anh còn trẻ, nong định kỳ, mỗi lần lại nhẹ tay hơn, nói chuyện vui hơn. Bây giờ anh đã lên ông, vẫn nhắn tin khoe: “Tôi vẫn tiểu tốt nhé, bác sĩ ơi.” Những tin nhắn như thế, với người làm nghề, là một phần thưởng thầm lặng.

4. Không có “hẹp” nào giống “hẹp” nào

Có hẹp do chấn thương tầng sinh môn, nơi niệu đạo bị đứt hẳn – phải tái tạo tận–tận. Có hẹp sau đặt sonde dài ngày, do viêm và cọ xát. Có hẹp do viêm xơ hóa niệu đạo trước – thứ bệnh kỳ lạ, nơi mô xơ lan dọc theo niệu đạo như rễ cây, điều trị khó, dễ tái phát. Và có hẹp do thủ thuật – những vết sẹo vô tình từ lần nong cũ, từ bàn tay nóng vội.

Người mới làm hay nghĩ “mở cho thông là xong”.

Nhưng thật ra, hẹp là một câu chuyện mô học, nơi sự khéo tay phải đi cùng sự hiểu mô. Nếu mô còn viêm, chưa "chín", nong chỉ làm nó tổn thương thêm. Nếu cắt không đúng mặt sẹo, vết rạch là vết rách vô ích.

5. Khi nào nên dừng, khi nào nên làm tiếp

Làm nhiều rồi, tôi học được một điều quý: đôi khi "không làm" mới là cách chữa đúng. Có ca hẹp nhẹ, tiểu vẫn tốt, chỉ dày thành nhẹ trên phim – theo dõi, không cần đụng dao. Có ca hẹp nặng, niệu đạo dính chặt, thận hai bên ứ – phải mở bàng quang trên mu để bảo vệ thận, rồi đợi mô lành, mới tái tạo. Làm sớm quá, xơ nhiều; làm muộn quá, thận hỏng. Giữa hai điểm đó, người bác sĩ phải chọn "độ chín" của thời điểm, không dựa vào cảm tính, mà dựa vào trải nghiệm và lý trí.

6. Mỗi milimét là một quyết định

Trong hẹp niệu đạo, một thước đo nhỏ và con mắt tinh quyết định kết quả. Hẹp 1 cm có thể nối tận–tận, hẹp 3 cm thì phải ghép niêm mạc miệng, hẹp 5 cm đôi khi phải tạo hình nhiều thì. Mỗi milimét khác nhau là một lựa chọn khác. Vì vậy,

trước khi vào ca, người bác sĩ cần xem phim kỹ, vẽ lại đường hẹp, hình dung trong đầu từng lớp mô, như người thợ rèn ngắm khối sắt trước khi gõ búa đầu tiên.

7. Khi bệnh nhân hiểu và cùng đi

Tôi từng có một người bệnh trẻ bị hẹp dài do chấn thương xe máy, phải mổ ba lần. Lần đầu nong, lần hai thất bại, lần ba tạo hình. Mỗi lần vào viện, anh đều bảo:

“Em tin, bác sĩ cứ từ từ. Em muốn đi tiểu được thôi, không cần gì khác.”

Sau ca thứ ba, anh khóc. Không phải vì đau, mà vì dòng nước chảy ra êm như giọt mưa đầu mùa. Khoảnh khắc ấy, tôi hiểu rằng: người bác sĩ không chỉ sửa một đường ống, mà trả lại cho người ta cảm giác bình thường, thứ mà khi mất đi, ta mới thấy quý.

8. Những điều sách không dạy

Sách dạy kỹ thuật, nhưng không dạy lòng kiên nhẫn. Không dạy bạn cách nói với bệnh nhân rằng “chúng ta sẽ phải đi cùng nhau lâu dài”. Không dạy

bạn cách nhận ra ánh mắt người bệnh khi nghe tin "tái hẹp rồi". Và cũng không dạy cách bạn tự trấn an mình sau một ca thất bại.

Những điều đó chỉ học được qua thời gian, qua những ca đã làm và những ca chưa làm.

9. Lời kết

Niệu đạo là con đường nhỏ nhất của nghề niệu, nhưng lại dạy ta những bài học lớn nhất về sự cẩn trọng và kiên trì. Ở đây, nghệ thuật và kiên nhẫn không tách rời: bạn phải đủ kỹ để không làm hỏng, và đủ kiên nhẫn để không làm quá. Mỗi lần mở ra một milimét, bạn mở thêm một niềm hy vọng; mỗi lần hẹp lại, bạn học thêm một bài khiêm nhường.

Và rồi, khi một ngày kết thúc, bạn nhìn phim chụp dòng tiểu thẳng, đều, mảnh trắng trên màn hình uốn lượn mềm mại như sợi chỉ – bạn sẽ mỉm cười. Không cần ai khen, không cần ai nhớ. Chỉ cần biết một người đã tiểu êm lại, là đủ.

"Trong y học, có những con đường phải đi thật chậm. Niệu đạo là một trong số đó. Chậm – để giữ lấy sự tinh tế. Chậm – để nghe tiếng nước chảy, nhẹ mà tròn. Vì đôi khi, chữa khỏi không phải là thắng – mà là

biết dừng lại đúng lúc, để dòng đời được chảy êm.”— Nguyễn Đông Hưng

Đúc kết – Nghề của dòng nước, đạo của sự mở đường

Trong nghề này, ta học rất nhiều về giải phẫu, về thuốc, về chỉ định. Nhưng có lẽ, bài học sâu nhất của niệu khoa lại đến từ chính dòng nước. Nó dạy ta cách nhìn mọi thứ theo quy luật rất giản dị: nước chỉ chảy khi có đường, và sự sống chỉ tiếp diễn khi còn lối thoát.

Nghe thì dễ, nhưng để làm được, không dễ chút nào. Vì có những “đường nước” tắc do sỏi, ta thấy ngay và mở được. Nhưng có những tắc nghẽn vô hình – do sợ, do chậm trễ, do lơ là – và chính chúng mới khiến người bệnh đau dài, thận ứ, cơ thể kiệt quệ. Nhiều khi, không phải do không có phương

tiện, mà là do người thầy thuốc quên mất thứ quan trọng nhất: lối ra.

1. Mở lối – không chỉ là thao tác

"Bất cứ chỗ nào nước bị kẹt, việc đầu tiên là mở lối ra." Đó là nguyên tắc vàng, gần như là đạo lý của nghề niệu. Nhưng mở lối, trong nghĩa sâu hơn, không phải chỉ là đặt JJ hay chọc PCN. Mở lối là trao lại sự lưu thông cho cơ thể, là đưa sự sống trở lại nơi đang ngạt. Và điều ấy chỉ thật sự trọn vẹn khi ta giải quyết được nguyên nhân thật – không để ngày mai nước lại kẹt, người bệnh lại đau.

Một ống JJ không phải phép màu, một vết mổ không phải chiến thắng. Chúng chỉ là cây cầu tạm, nối con người qua cơn nguy. Việc ta cần làm là xây lại con đường thật, để nước đi êm, để người được yên.

2. An toàn – khởi đầu của mọi hành động

Tôi từng nói với học trò:

"Trong niệu khoa, không có ca đẹp nếu không an toàn."

An toàn không chỉ là vô khuẩn hay kỹ thuật, mà là biết dừng đúng lúc, biết nhìn xa hơn một kết quả xét nghiệm, biết rằng thận còn lại cũng đang chịu gánh. Có những ca "mở được đường" nhưng mất người – vì nhiễm trùng, vì chậm can thiệp, vì thiếu một bước theo dõi. Mỗi lần như thế, ta lại thấy rõ: y khoa không phải là làm được, mà là làm đúng – và làm đủ.

3. Giải áp – trả lại hơi thở cho cơ thể

Giải áp là cách đơn giản nhất, nhưng cũng là nghệ thuật của sự thấu hiểu. Mở đường ở đâu, bằng cách nào, khi nào – đó là bài toán của lý trí. Giải áp sớm, đúng chỗ, đúng người – có thể cứu cả hai quả thận, có thể kéo người bệnh từ bờ nhiễm trùng về. Giải áp muộn, sai hướng, không theo dõi – lại có thể khiến sự sống lặng đi mãi. Vì vậy, khi đặt một JJ hay chọc một PCN, tôi luôn tự hỏi: "Mình đang mở cho ai – cho thận, cho người bệnh, hay cho chính mình?" Nếu câu trả lời không phải "cho người bệnh", thì chưa nên làm.

4. Xác định nguyên nhân – nhìn thấy gốc, không chỉ ngọn

Một người bệnh có thể có cả chục lần đặt stent, nhưng nếu cửa ra vẫn hẹp, u vẫn chèn, nhiễm vẫn tái, thì ống nào rồi cũng tắc. Nhiều năm làm nghề, tôi thấy rõ: mỗi lần giải áp mà không tìm nguyên nhân, là một lần ta chắp vá dòng sông. Đã đến lúc, người bác sĩ phải học nhìn sâu hơn bức CT, vượt qua sự "giải quyết tạm thời" để thấy gốc rễ thật sự của vấn đề. Bởi vì chỉ khi tìm được nguyên nhân, ta mới chữa khỏi, chứ không chỉ xử lý.

5. Theo dõi có mốc – giữ trật tự của nghề và của lòng

Y khoa, giống như việc giữ một dòng sông: mở ra đã khó, giữ cho nó không bồi lấp trở lại còn khó hơn. Một stent không được ghi ngày rút là mầm tai họa. Một bệnh nhân không được dặn hẹn là một người đang đi trên sợi dây mỏng giữa an toàn và biến chứng. Theo dõi không chỉ là "lịch tái khám", mà là sự tiếp nối trách nhiệm. Bởi vì nước không dừng sau khi ta mở; nó sẽ tiếp tục chảy, và nhiệm vụ của ta là đi cùng nó đủ xa để chắc rằng dòng ấy thật sự êm.

6. Từ nghề đến đời – từ đường nước đến đường người

Làm nghề niệu lâu, tôi thấy "bế tắc" không chỉ có trong cơ thể, mà cả trong con người. Có người bị tắc vì sỏi, có người vì sợ, vì nặng nề, vì những thứ giữ mãi không buông. Cũng như khi chữa bệnh, đôi khi ta không cần phá tung mọi thứ, chỉ cần mở một lối nhỏ cho nước rỉ ra, để áp lực giảm, để sự sống quay lại. Có lẽ vì thế, mà nghề niệu dạy người ta hiền hơn, chậm hơn, và biết nhẫn hơn. Nước chảy không vội, nhưng nó đi đến cùng. Và bác sĩ giỏi, rốt cuộc, không phải người "làm nhanh nhất", mà là người làm đúng lúc và để lại dòng chảy bền nhất.

7. Bốn chữ vàng – và bốn cách sống

Bốn chữ An toàn – Giải áp – Xác nguyên nhân – Theo dõi có mốc không chỉ là phương châm nghề, mà còn là triết lý sống.

- An toàn: Làm gì cũng bắt đầu bằng sự cẩn trọng.
- Giải áp: Khi gặp bế tắc, trước tiên hãy mở một lối – cho mình và cho người.
- Xác nguyên nhân: Đừng vội trách, hãy tìm gốc rễ.

- Theo dõi có mốc: Đừng bỏ cuộc khi dòng nước mới vừa êm.

Nếu ta mang được bốn chữ ấy vào cách sống, có lẽ đời cũng sẽ ít tắc nghẽn hơn.

“Nước dạy ta một đạo rất giản dị: khi bị chặn, nó không nổi giận – nó tìm lối khác. Và người thầy thuốc, khi hiểu điều ấy, cũng sẽ học được cách chữa – bằng sự kiên nhẫn, và lòng tin rằng mọi dòng chảy, dù bế tắc đến đâu, cũng có thể lại êm nếu ta biết mở đúng chỗ.”— Nguyễn Đông Hưng

Phần V – U/BƯỚU
ĐƯỜNG TIẾT NIỆU & SINH DỤC

Nếu bốn phần trước là câu chuyện của dòng chảy, thì Phần V là câu chuyện của những khối lạ mọc lên bên dòng nước ấy. Ở đây, ta không chỉ nói về những viên sỏi, những đường hẹp hay bế tắc, mà là những tế bào nổi loạn, những "người con" của cơ thể quên mất trật tự, đứng lên chống lại cha mẹ mình. Tôi vẫn nói với học trò: *"Làm niệu khoa, đến phần u bướu là bước sang giai đoạn trưởng thành."* Vì từ đây, ta không còn chỉ "giải áp – mở đường", mà phải học cách đối diện với nỗi sợ nguyên thủy nhất của con người: bệnh ung thư.

1. Khi cơ thể "tự sinh ra kẻ lạ"

U bướu là điều lạ lùng: nó không phải vật ngoại lai, mà là một phần của ta, chỉ là nó quên mất cách sống chung. Tế bào, vốn dĩ có trật tự, biết dừng khi đủ, bỗng một ngày quên luật, cứ nhân lên mãi. Và thế là, nơi từng là mô lành, giờ thành khối lạ, chèn ép, chảy máu, biến dạng, thậm chí xâm lấn những nơi không thuộc về nó.

Trong nghề niệu, chúng ta gặp những khối u như thế ở khắp nơi dòng nước đi qua:

- Ở thận, chúng âm thầm như bóng râm, đôi khi chỉ là một u nang vô hại, nhưng cũng có thể là ung thư tế bào thận (RCC), âm thầm nhiều năm rồi bỗng "vỡ tung".
- Ở bàng quang, chúng ưa "đất nước đọng", dễ mọc lại dù đã bị cắt bỏ.
- Ở tuyến tiền liệt, có u lành khiến tiểu khó, có u ác âm thầm như bóng mờ sau PSA tăng.
- Ở dương vật, tinh hoàn, chúng vừa mang nỗi đau thể xác, vừa chạm đến tự trọng và nhân phẩm của người đàn ông.

Không có phần nào của niệu khoa chạm nhiều vào tâm lý con người như phần này. Vì mỗi ca bướu, là một cuộc gặp giữa y học và nhân sinh.

2. Từ "u nang lành" đến "ung thư" – một dải chuyển động của sự sống

Chúng ta sẽ đi từ hiền tới dữ, từ đơn giản tới phức tạp, theo đúng nhịp tiến hóa của bệnh lý và

của cảm xúc:

Chương 21 mở đầu bằng bướu lành thận – u nang, dạy ta cách đọc Bosniak bằng con mắt thực hành, không hoảng sợ, không mổ quá tay.

Chương 22 bước vào ung thư thận, với TNM, cắt bán phần hay toàn phần, và cách theo dõi sau mổ để giữ phần lành.

Chương 23 là ung thư bàng quang, nơi từ "TURBT", "BCG" hay "phác đồ đa mô thức" không chỉ là kỹ thuật, mà là hành trình chống tái phát, vừa kiên trì vừa khéo léo.

Chương 24 nhẹ nhàng hơn – bướu lành tuyến tiền liệt (BPH) – căn bệnh của tuổi già nhưng cũng là bài học về sống chậm, uống nước đúng, theo dõi có mốc.

Chương 25 nâng lên tầm khó – ung thư tuyến tiền liệt – nơi PSA, mpMRI, sinh thiết, cá thể hóa điều trị trở thành nghệ thuật phân định ranh giới giữa "điều trị quá mức" và "bỏ sót nguy hiểm".

Chương 26 là ung thư dương vật, bệnh ít nhưng nặng, nơi "cắt rộng" và "giữ lại" là bài toán giữa

sinh tồn và nhân phẩm.

Chương 27, khép lại phần này, nói về ung thư tinh hoàn – căn bệnh thường gặp ở người trẻ, nơi hóa trị và bảo tồn sinh sản không chỉ cứu cơ thể mà còn cứu tương lai.

Mỗi chương là một lát cắt giữa sự sống – nỗi sợ – hy vọng, nơi bác sĩ không chỉ dùng dao, mà dùng cả lòng.

3. Nguyên tắc vàng: Biết sợ – Biết chẩn – Biết dừng – Biết đi tiếp

Trong u bướu niệu khoa, biết sợ là bước đầu của sáng suốt. Biết sợ giúp ta không chủ quan, không "nhẹ tay" với máu trong nước tiểu, không bỏ qua u nhỏ trên CT.

Biết chẩn – không hốt hoảng mổ ngay khi gặp khối, mà đọc phim kỹ, phân loại rõ, sinh thiết đúng. Một quyết định đúng thời điểm có thể đổi cả số phận.

Biết dừng – khi bệnh ở giai đoạn muộn, không cố "làm cho đẹp", mà hướng tới chất lượng sống, giảm đau, giữ nhân phẩm. Không phải lúc nào "làm thêm"

cũng tốt – đôi khi, dừng lại là lòng nhân.

Biết đi tiếp – khi cần can thiệp, thì đi tới nơi, điều trị đến cùng, không nửa vời. Bởi ung thư không tha cho sự do dự, nhưng nó tôn trọng tính kỷ luật và kế hoạch rõ ràng.

4. Khi đối diện với ung thư – hãy điềm tĩnh

Có bệnh nhân vừa nghe "u" đã nghĩ "án tử". Nhưng người bác sĩ phải là người giữ nhịp, để nỗi sợ không cuốn tất cả đi. Ung thư thận, bàng quang, tiền liệt tuyến, tinh hoàn – mỗi loại có hành trình riêng, có cửa thoát riêng. Điều quan trọng là hiểu đúng, làm đúng, không sớm quá cũng không muộn quá.

Có những u ta chỉ theo dõi, có những u ta mổ sớm, có những u ta phối hợp xạ, hóa, miễn dịch. Và trên tất cả, là giữ người bệnh ở trung tâm, chứ không phải giữ "phác đồ" ở trung tâm.

5. Nghề của u bướu – vừa lạnh, vừa ấm

Đây là phần "lạnh" vì nó đi cùng phim CT, MRI, PSA, TNM, những con số vô cảm. Nhưng cũng là phần "ấm" nhất, vì nó chạm tới tình người:

- Ánh mắt bệnh nhân sau khi nghe “ung thư” nhưng vẫn bình tĩnh.
- Bàn tay nắm lấy tay bác sĩ sau ca mổ: “Cảm ơn, tôi vẫn còn đây.”
- Và những lần theo dõi 5 năm, 10 năm, khi họ quay lại, tóc bạc hơn, nhưng nụ cười còn đó.

6. Lời mở cho hành trình mới

Phần V này là chặng của sự thấu hiểu và bình tâm. Nếu phần trước dạy ta “mở đường”, thì phần này dạy ta “đối diện”. Đối diện với khối u – với nỗi sợ của người bệnh – và với giới hạn của chính nghề y.

Chúng ta sẽ không chỉ học để điều trị, mà học để nhìn ung thư bằng con mắt con người: không coi nó là kẻ thù, mà là một phần cần được hiểu, được kiểm soát, được chung sống khi cần.

“U bướu dạy ta hai điều: Một là, sự sống luôn tìm đường dù bị xâm lấn. Hai là, bác sĩ không phải người thắng tử thần, mà là người giữ thăng bằng giữa nỗi sợ và hy vọng.”— Nguyễn Đông Hưng

Chương 21 – Bướu lành thận: u nang & phân loại Bosniak (tiếp cận thực hành)

Có những "khối u" mà chỉ cần nghe tên đã làm người ta tái mặt. Nhưng cũng có những khối u… hiền như mây, lặng lẽ đi qua đời người không gây bão tố. U nang thận phần lớn thuộc nhóm thứ hai. Vấn đề là, giữa một bầu trời mây trắng, thỉnh thoảng sẽ có áng mây xám: một số u nang phức tạp cần để mắt kỹ, có khi phải can thiệp. Vì thế, nghề mới bày ra một ngôn ngữ chung – Bosniak – để tất cả cùng hiểu nhau khi đứng trước một nang thận trên phim.

Tôi hay nói với bệnh nhân:

"Không phải cứ 'u' là dữ. Việc của mình là đọc đúng bản đồ để biết chỗ nào chỉ nên ngắm mây, chỗ nào cần che ô."

1. U nang thận – nói bằng tiếng người

U nang thận là "túi" chứa dịch hình thành trong nhu mô thận. Ở người lớn tuổi, chuyện có một–vài nang đơn giản (simple cyst) là bình thường như tóc bạc. Ta biết mình đang nhìn gì nhờ ba thứ:

Siêu âm: nang đơn giản tròn/oval, trống âm, bờ mỏng, tăng âm phía sau (do hiệu ứng truyền âm). Chỉ vậy thôi, phần lớn đủ yên tâm.

CT có cản quang (đa thì) hoặc MRI: khi nang không còn đơn giản (vách, vôi, đặc, chảy máu cũ…), ta cần xem có tăng bắt thuốc không, có vách – nốt thế nào, để phân loại Bosniak.

Bệnh cảnh: đau hông? sốt? đái máu? nang quá to chèn ép? – vì phim là bản đồ, còn quyết định đi đâu phụ thuộc con người trước mặt.

2. Vì sao cần Bosniak?

Bởi vì không phải nang nào cũng hiền. Bosniak là hệ thống mô tả độ phức tạp của nang dựa trên CT có cản (MRI áp dụng nguyên tắc tương tự). Mục tiêu rất đời thường:

- Nói ít chữ mà hiểu nhiều.
- Hướng tới làm đủ (theo dõi/mổ) thay vì làm quá.
- Cùng một ngôn ngữ để bác sĩ – bệnh nhân – phẫu thuật – chẩn đoán hình ảnh đi chung

đường.

3. Năm bậc Bosniak

Bosniak I – Nang đơn giản, mây trắng hiền hòa

- Hình ảnh: dịch thuần, bờ mỏng, không vách, không vôi, không đặc, không bắt thuốc.
- Xử trí: Bỏ qua. Không cần theo dõi định kỳ nếu nhỏ và điển hình.
- Câu dặn: “Đây là nang lành. Mình để đó, không đụng vào.”

Bosniak II – Nang có chút ‘gia vị’, vẫn hiền

- Hình ảnh: có thể có vách mỏng (ít, mịn), vôi hóa mỏng, hoặc nang rất nhỏ tăng tỉ trọng (do protein/ xuất huyết cũ) nhưng không bắt thuốc.
- Xử trí: Yên tâm như nhóm I. Không cần mổ, thường không cần lịch theo dõi trừ khi nang lớn/triệu chứng.
- Câu dặn: “Có vách mỏng/vôi mỏng, nhưng không tăng sinh. Không đáng lo.”

Bosniak III – ‘I’ cộng Follow-up: đáng chú ý, chưa đáng lo

- Hình ảnh: vách mảnh nhưng nhiều hơn, có thể dày nhẹ, vôi hóa dày hơn, đôi khi thành/nội dung không đồng nhất, không có nốt đặc rõ, không bắt thuốc đáng kể.
- Ý nghĩa: nguy cơ ác tính thấp, nhưng có; cần THEO DÕI.
- Theo dõi gợi ý: thường 3–6 tháng đầu, sau đó 12 tháng, rồi hàng năm đến 5 năm (điều chỉnh theo tuổi, bệnh nền, ý nguyện).
- Chuyển thang khi nào? Khi vách dày lên – xuất hiện nốt – có bắt thuốc → nâng cấp.
- Câu dặn: “Nó chưa xấu, nhưng mình giữ lời hẹn để nếu có đổi khác, ta bắt sớm.”

Bosniak IV – Vùng xám: ‘nghi ngờ đáng kể’

- Hình ảnh: vách dày/nhú, bờ không đều, có bắt thuốc (vách/thành). Không có khối đặc rõ rệt, nhưng mức phức tạp cao.
- Ý nghĩa: nguy cơ ác tính đáng kể.

- Xử trí: Bàn mổ (cắt bán phần khi có thể) hoặc theo dõi tích cực chọn lọc (người già – bệnh kèm – u nhỏ, tăng trưởng chậm). MRI có thể giúp phân định thêm trước quyết định.

- Câu dặn: "Đây là vùng xám nghi ngờ. Ta sẽ chọn kỹ giữa mổ – theo dõi, đặt chất lượng sống ở trung tâm."

Bosniak V – Có nốt đặc bắt thuốc: coi như ác tính cho đến khi chứng minh ngược lại

- Hình ảnh: nốt đặc hoặc thành dày – có bắt thuốc nằm trong nang.

- Ý nghĩa: nguy cơ ác tính cao.

- Xử trí: Điều trị chủ động – ưu tiên cắt bán phần nếu thuận lợi; cân nhắc đốt nhiệt/ lạnh chọn lọc khối nhỏ – ngoại vi – người già; cắt toàn phần khi bắt buộc.

- Câu dặn: "Khả năng ung thư cao. Mục tiêu là đi sớm – giữ thận tối đa."

Ghi chú thực hành: "Bắt thuốc" nghĩa là tín hiệu mạch máu đi vào cấu trúc vách/thành/nốt. Không

cần tranh cãi từng đơn vị; điều quan trọng là có hay không, và rành rọt ở nhiều thì. Khi nghi ngờ, MRI là người bạn tinh tế.

4. Chọn công cụ đúng lúc: Siêu âm – CT – MRI

- Siêu âm: đủ cho nang đơn giản. Khi thấy vách – vôi – đặc → chuyển CT/MRI.
- CT có cản đa thì: chuẩn để phân loại Bosniak; nhìn bắt thuốc ở vách/thành/nốt.
- MRI: tốt khi CT lưỡng lự, dị ứng cản quang iod, hoặc cần đánh giá vách/nốt tinh tế hơn.
- Đừng sinh thiết nang thường quy: giá trị hạn chế, nguy cơ rò/ nhiễm; quyết định dựa trên hình ảnh + bối cảnh.

5. Khi nào can thiệp u nang lành?

Phần lớn không cần làm gì. Can thiệp khi:

Triệu chứng: đau dai dẳng do chèn ép, nhiễm tái phát liên quan nang, tăng huyết áp do chèn mạch (hiếm).

- Kích thước khổng lồ: chèn ép cấu trúc lân

cận.

- Bosniak III–IV: theo quyết sách onco-tiết niệu.

Phương án:

- Chọc hút + xơ hóa (ethanol) cho nang đơn giản rất to – có triệu chứng (tái phát có thể xảy ra).

- Nội soi/ mổ mở "fenestration" (cắt vòm nang) khi phù hợp giải phẫu.

- Phẫu thuật tiết kiệm thận cho Bosniak III–IV/ nghi ác tính.

6. Theo dõi – nghệ thuật của "đủ mà chặt"

Với Bosniak IIF – "đứa con cần để mắt":

- Lịch gợi ý: 3–6 tháng (so sánh sớm), sau đó 12 tháng, rồi mỗi năm đến 5 năm.

- Dừng theo dõi khi: ổn định lâu (không đổi kích thước/ cấu trúc), tuổi cao/ bệnh nhiều khiến can thiệp tương lai không còn ý nghĩa.

- Đổi cấp ngay khi: xuất hiện nốt – vách dày lên – bắt thuốc rõ.

- Với Bosniak III–IV đã điều trị:

- Theo dõi như u thận: lâm sàng, chức năng thận, hình ảnh định kỳ (CT/MRI) tùy mô bệnh học – giai đoạn – chiến lược phẫu/đốt.

Tinh thần chung: Mỗi lần chụp phải có lý do – ảnh mới đổi quyết định thì hãy chụp. Tránh "sưu tầm phim".

7. Ba câu chuyện nhỏ để nhớ lâu

(1) Mây trắng không cần ô Cô 62 tuổi, siêu âm phát hiện nang 2,5 cm, trống âm, bờ mỏng – Bosniak I. Bà lo: "Có phải mổ không?" Tôi cười: "Không. Cô cứ coi như một nốt tàn nhang của thận." Năm sau tái khám vì… quên, nhưng vẫn khỏe. *Bài học:* Đừng mổ cái không cần mổ.

(2) IIF – đứa trẻ thích nghịch Chú 55 tuổi, nang 3,2 cm có vách mảnh, không bắt thuốc – IIF. Tôi hẹn 6 tháng, rồi 12 tháng. Năm thứ ba, vách dày hơn, có tín hiệu bắt thuốc nhẹ → nâng III → cắt bán phần. GPB: carcinoma dạng nang mức độ thấp, rìa an toàn.

Bài học: Theo dõi là một phần của điều trị.

(3) Nốt trong mây – đừng chờ Bác 68 tuổi, CT thấy nang có nốt đặc bắt thuốc – IV. Bác khỏe, không bệnh kèm nặng. Chúng tôi chọn cắt bán phần. Thận còn, khối ra sạch, sau 5 năm tái khám: không tái phát. *Bài học:* Đi sớm – giữ thận – sống yên.

8. Dặn người bệnh – nói sao cho nhẹ lòng

- "U nang thận thường lành. Việc quan trọng là nhìn kỹ để biết cái nào cần để yên, cái nào cần can thiệp."
- "Nếu bác/chị thuộc nhóm IIF, đừng bỏ hẹn: theo dõi là để tránh mổ oan và không lỡ cơ hội nếu nó đổi tính."
- "Khi phải mổ, mục tiêu trước hết là an toàn, kế đó là giữ thận tối đa."

9. Triết học của "một chiếc nang"

Một nang đơn giản nhắc ta rằng không phải mọi cái bất thường đều cần sửa; sống là chấp nhận có những "vệt mây" không hại ai. Một nang IIF dạy ta tính kỷ luật: hẹn – đến – so – quyết. Một nang IV

nhắc ta can đảm: biết lúc nào phải đi tới, không vòng vo.

Trong nghề, cũng như trong đời, khôn ngoan không phải là biết nhiều thuật ngữ, mà là biết dừng – biết theo dõi – biết can thiệp đúng lúc. Bosniak vì thế không chỉ là thang phân loại; nó là nghệ thuật "đủ mà gọn":

Đủ để không bỏ sót điều dữ. Gọn để không làm hại điều lành.

10. Checklist túi áo – Bosniak "đủ để làm"

- Siêu âm điển hình → Bosniak I → bỏ qua.
- Có vách/vôi/đặc → CT đa thì (hoặc MRI) để phân loại.
- I–II: yên tâm. IIF: theo dõi có mốc (6–12 tháng rồi hàng năm).
- III: bàn kỹ mổ vs theo dõi (tuổi, bệnh nền, kích thước, tốc độ).
- IV: điều trị chủ động – ưu tiên cắt bán phần khi có thể.

- Mỗi lần chụp hỏi: “Ảnh này có đổi quyết định không?”

- Nói với bệnh nhân bằng tiếng người: hiền – theo dõi – nghi – mổ; tránh hù dọa – tránh hứa suông.

11. Lời kết

U nang thận phần lớn là “mây lành trên bầu trời thận”. Bosniak giúp ta không nhầm mây lành với mây giông, và không gọi giông khi chỉ là bóng râm chiều muộn. Giữ được tinh thần đủ – gọn – nhân văn, ta sẽ biết lúc nào đứng ngắm mây, lúc nào mở ô, và lúc nào đi thật nhanh để qua cơn mưa mà vẫn bảo toàn bầu trời trong cho người bệnh

Chương 22 – Ung thư thận: Giữ lại phần lành của sự sống

Có lẽ trong tất cả những căn bệnh mà tôi từng đối diện, ung thư thận là thứ vừa lạnh lùng, vừa lặng lẽ nhất. Nó không ồn ào, không gây đau đớn dữ dội như sỏi quặn, cũng chẳng rầm rộ như bí tiểu hay nhiễm trùng. Nó đến, ở yên, rồi phình lên chậm rãi – âm thầm như một bóng râm trên dòng nước.

Nhiều người chỉ biết mình có nó khi đi siêu âm định kỳ, khi hình ảnh một "khối mờ, tăng âm không đồng nhất" hiện lên giữa vùng thận vốn yên bình. Và trong khoảnh khắc ấy, mọi âm thanh xung quanh như ngừng lại. Người bệnh hỏi:

"Bác sĩ ơi, có phải là ung thư không?"

Tôi nhìn họ, rồi nhìn bức ảnh đen trắng. Một khoảng lặng luôn là phần cần thiết trước khi trả lời. Bởi ung thư thận không chỉ là bệnh của thận, mà là bài kiểm tra về cách ta nhìn sự vô thường của cơ thể.

1. Khi tế bào quên luật

Cơ thể, vốn là một bản giao hưởng có trật tự, đôi khi có nốt nhạc lạc điệu. Tế bào thận, thay vì chết đi khi đến lúc, lại quên mất giới hạn, cứ nhân lên, chiếm chỗ, rồi chiếm quyền. Từ đó, khối u hình thành – có khi nhỏ như hạt đậu, có khi lớn như nắm tay – âm thầm lấy lại điều mà tạo hóa ban cho rồi quên mất thu hồi.

Y học gọi tên nó bằng ngôn ngữ của lý trí: RCC (Renal Cell Carcinoma). Nhưng với tôi, mỗi khối u đều là một lời nhắc nhẹ của cuộc đời: rằng mọi thứ

ta sở hữu – sức khỏe, an nhiên, thời gian – đều có thể đổi màu bất cứ lúc nào.

2. Từ TNM đến con người thật

Trong bệnh viện, ta phải nói bằng ngôn ngữ TNM:

- T – kích thước và mức độ lan tại chỗ;
- N – hạch;
- M – di căn.

Một bảng phân loại khô khan, nhưng ẩn sau nó là số phận. T1 nhỏ, giới hạn trong thận, có thể cắt bán phần – nghĩa là giữ được phần lành, như cắt bỏ nhánh cây sâu mà vẫn giữ được bóng mát. T2–T3 lan rộng – đôi khi buộc phải cắt toàn phần, như dọn sạch mảnh đất để trồng lại từ đầu. Còn T4, khi u đã vượt xa bao thận, bám tĩnh mạch chủ hay lan đi – ta hiểu rằng cuộc chiến này không còn là chuyện của dao kéo, mà là của thời gian và lòng bình thản.

TNM, với người thầy thuốc, là bản đồ. Nhưng đi con đường nào trên bản đồ đó, lại là chuyện của lòng người.

3. Giữa cắt bán phần và toàn phần – bài học về "đủ"

Ngày xưa, người ta cắt thận "toàn phần" gần như mặc định, vì sợ sót, sợ tái phát. Nhưng qua thời gian, nghề dạy ta bài học về sự vừa đủ. Một ca cắt bán phần thành công là biểu tượng đẹp của khoa học và nhân văn gặp nhau: ta loại bỏ phần xấu, nhưng vẫn giữ phần lành – giống như học cách tha thứ cho chính cơ thể mình.

Không phải lúc nào cũng làm được vậy. Có u nằm sâu, có u sát mạch, có người chỉ còn một quả thận. Nhưng khi có thể, tôi luôn khuyên:

"Giữ lại phần lành, vì nó là nơi sự sống còn tiếp tục thở."

Giữ thận không chỉ là giữ một cơ quan, mà là giữ nhịp sống bình thường, để người bệnh vẫn có thể uống nước, đi tiểu, làm việc, yêu thương – mà không phải sống phụ thuộc vào máy hay thuốc suốt đời.

4. Sau mổ; hành trình của niềm tin

Ca mổ kết thúc không bao giờ là "xong chuyện".

Bởi ung thư thận là người bạn không mời mà vẫn ở dai – có thể quay lại, có thể ngủ yên. Việc của ta là theo dõi – định kỳ, có mốc – để giữ bình an bằng hành động chứ không bằng cầu may.

Theo dõi không phải vì nghi ngờ, mà vì tôn trọng quy luật. CT ngực–bụng mỗi 6–12 tháng, xét nghiệm chức năng thận, khám lâm sàng, đôi khi chỉ là cách ta nói với bệnh nhân:

“Tôi vẫn đi cùng anh.”

Và đôi khi, chỉ vậy thôi, cũng đủ giúp họ sống tốt hơn – vì điều đáng sợ nhất không phải ung thư, mà là cảm giác bị bỏ lại một mình.

5. Triết học của “giữ phần lành”

Tôi từng mổ cho một người đàn ông 52 tuổi, u thận phải 4 cm. Chúng tôi cắt bán phần, bảo tồn tối đa. Hai năm sau, anh đến tái khám, đưa cho tôi một tấm ảnh chụp khi anh đang chèo thuyền cùng con trai:

“Bác sĩ xem, tôi vẫn còn hai quả thận – và còn dạy con bơi được.”

Lúc đó tôi hiểu, “giữ phần lành” không chỉ là về mặt sinh học. Nó là triết lý sống: trong mọi cắt bỏ, hãy nhớ để lại điều gì đó cho con người được tiếp tục.

6. Giữa dữ và lành – là một sợi chỉ mỏng

Không phải ai bị ung thư cũng mất đi niềm vui sống. Tôi từng thấy một bà cụ 70 tuổi, ung thư thận trái, cắt toàn phần. Khi tôi dặn kiêng cữ, cụ chỉ cười:

“Tôi vẫn trồng hoa, chỉ là tưới nước bằng bình nhỏ hơn thôi.”

Câu nói nghe nhẹ như gió, mà chứa cả triết lý của chấp nhận. Bởi bệnh tật không cướp hết đời sống; nó chỉ nhắc ta sống khác đi – chậm hơn, biết ơn hơn, lặng hơn.

7. Từ thận đến con người – bài học về giới hạn

Thận là cơ quan lọc bỏ điều dư, giữ lại điều cần. Khi nó sinh u, có lẽ đó cũng là một ẩn dụ: Trong đời, khi ta giữ lại quá nhiều thứ không cần thiết, những thứ đó cũng sẽ lớn lên, chiếm chỗ, rồi giết dần phần lành của mình.

Có lẽ, ung thư thận dạy ta cách sống "lọc lại chính mình" – loại bỏ thói quen độc, nỗi lo thừa, và sự giận dữ tích tụ, để phần lành của tâm được thở.

8. Kết chương – về sự sống được giữ lại

Ung thư thận, xét cho cùng, là câu chuyện giữa sự mất và sự giữ. Ta cắt bỏ một phần cơ thể, nhưng giữ lại được sự sống, sự tỉnh thức, và niềm tin. Ta dạy người bệnh rằng bệnh không phải là hết, mà là một khúc rẽ – để họ nhìn lại bản thân, sống sâu hơn với mỗi hơi thở, mỗi giọt nước, mỗi buổi sáng thức dậy mà thận vẫn làm việc thầm lặng.

"Thận lọc máu, còn thời gian lọc người. Mỗi khối u, dù dữ đến đâu, cũng chỉ là phép thử để xem ta có dám sống trong sạch, và biết ơn phần lành còn lại trong mình."— Nguyễn Đông Hưng

Chương 23 – Ung thư bàng quang: Giữ lòng kiên trì trước dòng nước lặp lại

Con người có thể đối mặt với nhiều nỗi sợ trong đời – sợ chết, sợ mất mát, sợ đau. Nhưng trong ung thư bàng quang, có một nỗi sợ rất riêng: sợ tái phát. Nỗi sợ ấy không ồn ào, không dữ dội như lúc mới chẩn đoán; nó rỉ rả, âm ỉ, lặp đi lặp lại, như giọt

nước tí tách rơi mãi trong đêm không dứt.

Tôi thường nói với học trò rằng:

“Ung thư bàng quang không phải trận đánh nhanh, mà là cuộc trường chinh của sự kiên nhẫn.”

Ở đây, mỗi lần soi, mỗi lần tán, mỗi liều BCG đều là một bước nhỏ trên con đường dài, nơi người thầy thuốc không chỉ dùng kỹ năng, mà phải rèn tâm như người thiền hành – vững, chậm, không nóng vội, không buông xuôi.

1. Bàng quang – chiếc hồ của ký ức

Bàng quang là nơi nước dừng lại, nghỉ ngơi trước khi ra ngoài. Vì vậy, nó cũng là nơi dễ bị lắng đọng, dễ bị kích thích, dễ tích tụ hậu quả của thời gian – từ khói thuốc, hóa chất, nghề nghiệp, cho đến thói quen nhịn tiểu, uống ít nước. Ung thư ở đây hiếm khi đến bất ngờ; nó là cái giá của những năm dài cơ thể bị lắng lại quá lâu.

Tôi hay ví bàng quang như một mặt hồ cũ – chỉ cần một viên sỏi rơi xuống, mặt nước xao động mãi. U được cắt đi, nhưng tế bào ác còn lẩn khuất, và nếu ta lơ là, nó lại trồi lên – không ồn ào, chỉ lặng lẽ

chiếm lại chỗ cũ.

2. TURBT – đường mổ của sự tinh tế

Trong ung thư bàng quang, TURBT (Transurethral Resection of Bladder Tumor) là nghệ thuật của đôi tay và ánh sáng. Ta không mổ mở, chỉ đưa ống soi vào, quan sát mặt hồ bàng quang – nơi khối u trồi lên như một cụm rong bất trị – rồi cắt, đốt, gọt, gửi giải phẫu bệnh.

Người mới làm hay cắt nhanh, vì tưởng "cắt hết" là thắng. Nhưng người có tuổi nghề hiểu rằng:

"TURBT không phải là cắt khối u, mà là đọc tâm bệnh của bàng quang."

Ta phải nhẹ tay, không đốt bừa, không phá hủy lớp cơ, vì đó là ranh giới giữa còn nông hay đã xâm lấn. Từng lát cắt phải đủ để giải phẫu bệnh đọc được chiều sâu, không quá nông – không quá rộng – đủ để hiểu u thuộc nhóm nào: NMIBC hay MIBC.

Chẩn đoán đúng tầng, mới đi đúng đường. Bởi vì ung thư bàng quang không chỉ có một mặt, nó có hai thế giới song song:

- NMIBC (nông, chưa xâm cơ): có thể sống lâu, nhưng tái phát nhiều.

- MIBC (xâm cơ): ít tái phát, nhưng phải đánh lớn – cắt bàng quang, tái tạo, hoặc hóa-xạ trị toàn diện.

3. BCG – giọt thuốc nuôi lòng kiên nhẫn

Sau TURBT, cuộc chiến mới thật sự bắt đầu: điều trị trong lòng bàng quang. Thuốc BCG (Bacillus Calmette–Guérin) là "người bạn kỳ lạ": một vi khuẩn sống yếu, được đưa vào bàng quang để… kích thích cơ thể chống lại tế bào ung thư.

Nó không phải hóa chất, không đốt rát, mà đánh thức hệ miễn dịch ngủ quên. Nhưng điều đáng nói không nằm ở thuốc, mà ở hành trình theo đuổi. Liệu trình 6 tuần đầu, rồi nhắc lại định kỳ, có khi kéo dài 3 năm. Nhiều bệnh nhân giữa chừng nản – "tôi hết u rồi, cần gì nữa" – nhưng tôi bảo:

"Thuốc này không chỉ để chữa, mà để giữ lòng kiên trì. Giống như người nông dân tưới cây, dù chưa thấy mầm mọc, vẫn tưới đều."

Ung thư bàng quang dạy bác sĩ và người bệnh

cùng một bài học: Kiên trì là thuốc mạnh nhất, và nhất quán là hình thức cao nhất của niềm tin.

4. Phác đồ đa mô thức – khéo léo hơn là mạnh mẽ

Với u xâm cơ (MIBC), ta bước vào vùng đất của những quyết định lớn: cắt bàng quang toàn phần, hoặc hóa–xạ trị phối hợp. Mỗi lựa chọn mang một giá phải trả: cắt bỏ bàng quang là mất đi nơi lưu nước, còn hóa trị là đặt cược vào sức chịu đựng của toàn thân.

Nhưng y học không còn chỉ có hai màu trắng–đen. Ngày nay, người ta kết hợp: mổ – hóa – xạ – miễn dịch, theo thứ tự tinh tế như một bản nhạc. Có ca cần mổ sớm, có ca nên "neoadjuvant" trước để giảm u; có người không chịu nổi dao kéo, ta lui về hóa trị, vẫn điềm tĩnh mà sống thêm nhiều năm.

5. Dặn người bệnh – nói bằng giọng của lòng

Ung thư bàng quang cần được theo dõi suốt đời, nhưng tôi không nói "suốt đời" như một lời đe dọa, mà như một cam kết đồng hành.

Tôi dặn bệnh nhân:

- “Anh phải quay lại, không phải vì tôi lo, mà vì chính anh sẽ yên tâm hơn khi biết rõ mình.”

- “Nếu nước tiểu đổi màu, nếu tiểu lại buốt, nếu thấy lạ – đừng chờ. Gặp lại nhau sớm thì ta còn thời gian.”

- “Không cần kiêng sống, chỉ cần sống đều đặn. U thích nơi trì trệ, nên đừng để lòng mình ứ đọng.”

Trong căn phòng nhỏ, khi người bệnh nhìn tôi gật đầu, tôi biết họ hiểu: đây không chỉ là điều trị, mà là một lời hẹn – hẹn đi cùng nhau qua những mùa soi bàng quang.

6. Căn dặn cho người thầy thuốc trẻ

Ung thư bàng quang không dành cho những bàn tay vội. Mỗi lần soi, cắt, đốt – phải giữ được trái tim mềm và cái đầu sáng. Phải học cách phân biệt u tái phát thật với u sẹo, phải biết khi nào nên tán lại, khi nào nên dừng.

Và trên hết, phải nhớ: Mỗi lần bệnh nhân quay lại, không phải thất bại, mà là lời nhắc – rằng dòng nước vẫn còn chảy, và ta vẫn còn cơ hội để giữ nó

trong.

7. Kết chương – Bàng quang và nghệ thuật của kiên nhẫn

Ung thư bàng quang là bài học sâu sắc về sự lặp lại trong đời. Những thứ ta tưởng đã xong, đôi khi sẽ quay lại; những điều ta nghĩ nhỏ, nếu không để ý, có thể lớn dần. Nhưng điều kỳ diệu là: nếu ta đối diện chúng không sợ hãi, không vội vàng, nhưng đều đặn và tỉnh táo, thì mỗi lần lặp lại ấy không còn là hình phạt mà là cơ hội để làm lại, tốt hơn, nhẹ nhàng hơn.

"Ung thư bàng quang không dạy ta cách chiến thắng, mà dạy ta cách sống cùng nỗi sợ một cách đẹp. Mỗi lần soi, mỗi lần thuốc, là một lần học lại bài học cũ: rằng trong y học như trong đời kiên trì chính là lòng tin được định lượng bằng thời gian." — Nguyễn Đông Hưng

Chương 24 – Bướu lành tuyến tiền liệt (BPH): Nghệ thuật sống chậm và đi tiểu đúng nhịp

Có những căn bệnh đến với con người như một vị khách khó mời mà vẫn phải tiếp. Bướu lành tuyến tiền liệt (Benign Prostatic Hyperplasia – BPH) là một

vị khách như thế. Nó không ồn ào, không gây thảm họa, nhưng dai như… bạn hàng xóm thích tám chuyện: cứ sáng dậy đã ghé, tối ngủ cũng không chịu rời.

Người đàn ông nào đủ may mắn sống đến lục tuần gần như đều "được gặp" BPH. Nói cách khác, đây không hẳn là bệnh, mà là một dấu mốc sinh học – chứng chỉ tuổi trung niên. Nếu tóc bạc là dấu hiệu của thời gian, thì tuyến tiền liệt to là tấm "huy chương" của cơ thể, chỉ có điều hơi bất tiện vì nó khiến bạn mất ngủ vì đi tiểu nhiều lần trong đêm.

1. Tuyến tiền liệt – "trạm thu phí" của dòng nước tiểu

Về giải phẫu, tuyến tiền liệt là một khối tuyến cơ nằm ngay dưới cổ bàng quang, bao quanh đoạn đầu của niệu đạo – đúng chỗ "cửa ra" của hệ tiết niệu. Khi còn trẻ, nó nhỏ, gọn, lịch thiệp như anh nhân viên giữ cửa văn minh. Nhưng càng có tuổi, nó càng "thăng chức", phình to, và bắt đầu "đòi quyền lực" – ép hẹp niệu đạo, cản dòng nước tiểu, tạo ra chuỗi triệu chứng LUTS (Lower Urinary Tract Symptoms) kinh điển:

- Tiểu khó, tia yếu, ngắt quãng.
- Phải rặn.
- Cảm giác tiểu chưa hết.
- Đêm dậy nhiều lần, ban ngày đi nhiều lần.

Đó là câu chuyện của một "trạm thu phí sinh học", nơi bác sĩ phải biết điều tiết giao thông chứ không thể phá cầu.

2. Sinh lý bệnh: Khi "trạm thu phí" tăng thu

Tuyến tiền liệt to lên không chỉ đơn thuần vì "nhiều tế bào", mà do tăng sinh cả mô tuyến và mô cơ đệm dưới tác động của hormon DHT (dihydrotestosterone) – con trai cứng đầu của testosterone. DHT làm tuyến phì đại, làm cổ bàng quang "gắt gỏng" và cơ detrusor phải làm việc tăng ca. Kết quả là:

- Áp lực dòng tiểu tăng.
- Bàng quang dày lên, nhạy cảm hơn.
- Và cuối cùng, nếu không kiểm soát, bàng quang mệt, thận ứ, nước lại "ngược dòng" –

như kênh tắc nghẽn mùa mưa.

Cơ thể, suy cho cùng, là một mạng lưới thủy lợi tinh tế: nếu cửa ra bị thu hẹp, nước dâng lên; nếu không mở đúng lúc, cả hệ thống sẽ ứ đọng.

3. Đánh giá đúng – đừng đoán mò

Trong BPH, chẩn đoán sai lầm phổ biến nhất là tưởng rằng ai tiểu khó cũng do phì đại. Thật ra, tuyến có thể to mà không tắc, và tắc có thể do nguyên nhân khác (hẹp niệu đạo, bàng quang yếu, thuốc, v.v.). Vì vậy, bác sĩ cần đánh giá có cấu trúc, không theo cảm giác:

- Hỏi IPSS (International Prostate Symptom Score): điểm hóa triệu chứng.
- Khám trực tràng (DRE): đánh giá kích thước, mật độ (to, mềm, chắc, nhân?).
- Đo PVR (Post-Void Residual): tồn lưu sau tiểu; PVR <50 ml thường ổn, >100 ml cần xem xét.
- Uroflowmetry: đo dòng tiểu; Qmax <10 ml/s gợi ý tắc nghẽn.

- Siêu âm: thể tích tuyến, tình trạng bàng quang – thận.
- PSA: chỉ định chọn lọc, để loại trừ ung thư (đừng "đè" xét nghiệm cho mọi bệnh nhân, PSA cao chưa chắc là ung thư, thấp chưa chắc là lành).

"Không có 'bệnh nhân BPH chung chung', chỉ có người đàn ông cụ thể với tuyến tiền liệt riêng của mình."

4. Điều trị – ba tầng, một triết lý: "Đủ – đều – đơn giản"

Tầng 1: Lối sống – nghệ thuật sống chậm

- Uống nước đúng: đủ lượng, đúng thời, tránh uống ồ ạt buổi tối.
- Hạn chế rượu, cà phê, thức uống có gas –
- Không nhịn tiểu. Không rặn quá sức.
- Tập đi tiểu 2 thì (chờ 1 phút, tiểu tiếp) giúp làm rỗng bàng quang hơn.
- Giữ thói quen theo dõi triệu chứng: đêm dậy

mấy lần, dòng tiểu mạnh/yếu.

Tầng 2: Thuốc – kiên nhẫn là chìa khóa

Hai nhóm thuốc cơ bản:

- Alpha-blocker (Tamsulosin, Alfuzosin, Doxazosin): giãn cơ trơn cổ bàng quang, niệu đạo – "mở trạm thu phí tạm thời".
- 5α-reductase inhibitor (Finasteride, Dutasteride): giảm DHT, co nhỏ tuyến – nhưng tác dụng sau 6 tháng, không phải 6 ngày.

Thường phối hợp cả hai trong tuyến >40g hoặc có triệu chứng vừa–nặng. Bác sĩ phải giải thích trước: thuốc cần thời gian, và tác dụng phụ nhẹ (hoa mắt, giảm ham muốn) là "thuế" tạm phải nộp để dòng nước êm hơn.

"Không có thuốc kỳ diệu, chỉ có bệnh nhân kiên nhẫn."

Tầng 3: Can thiệp – khi nước đã ứ, van đã cứng

Khi triệu chứng nặng, tồn lưu cao, ứ nước thận, hoặc biến chứng (sỏi, nhiễm tái phát, bí tiểu), ta cần

“mở đường thật sự”:

- TURP (Transurethral Resection of Prostate): tiêu chuẩn vàng, “dọn lối ra” bằng dao điện.
- Laser (HoLEP, GreenLight): ít chảy máu, phục hồi nhanh.
- TUIP (Incision): cho tuyến nhỏ, chỉ cần “rạch van”.
- UroLift/ Rezum: can thiệp tối thiểu, giữ nguyên cấu trúc, “mở cửa nhẹ nhàng” – tương lai của những người ngại mổ.

Phẫu thuật không phải kết thúc, mà là một khởi đầu mới – vì tuyến có thể to lại nếu thói quen sống cũ vẫn y nguyên.

5. “Theo dõi có mốc” – bí quyết để không lạc đường

BPH là hành trình dài, nên phải có mốc theo dõi rõ ràng:

- 3 tháng: đánh giá IPSS, PVR, uroflow.
- 6–12 tháng: PSA (nếu trước đó cao), siêu

âm.

- Bất kỳ khi nào: tiểu máu, sốt, bí tiểu → đến ngay.

Bác sĩ nên dạy bệnh nhân "đếm đêm":

"Nếu ban đầu dậy 4 lần, sau thuốc còn 2, thì ta đi đúng hướng."

6. BPH và triết học của tuổi già

Người già có hai điều thường gặp: đi tiểu nhiều và nghĩ nhiều. BPH là nơi hai điều đó gặp nhau. Tuyến tiền liệt dạy ta bài học giản dị:

- Không cần cố đè ép mọi thứ – dòng nước chỉ chảy khi ta thư giãn.
- Cơ thể, giống như bàng quang, cần được xả đúng lúc – giữ lâu quá sẽ mệt.
- Uống nước, ngủ đủ, đi tiểu đúng giờ – nghe tầm thường nhưng là nghệ thuật sống lành.

Tôi thường nói vui với bệnh nhân:

"Ở tuổi này, nếu anh tiểu được đều, ngủ được

sâu, ăn được ngon – là đã thắng cả vạn bệnh rồi.”

BPH không giết người, nhưng dạy con người biết sống chậm, biết lắng nghe mình, và biết tôn trọng giới hạn của cơ thể.

7. Kết chương – Khi tuyến to, lòng cần nhỏ lại

Tuyến tiền liệt phì đại là điều tự nhiên, giống như cây cổ thụ mọc thêm rễ. Điều quan trọng là giữ cho dòng chảy quanh nó vẫn thông, đừng để nó chiếm hết không gian sống.

BPH không cần ta đánh, chỉ cần ta hiểu. Hiểu để sống chậm, uống nước đúng, kiểm tra có mốc, và biết cười khi đêm dậy hai lần mà vẫn ngủ lại được.

“Tuổi già, như bàng quang, không chịu được gấp gáp. Ai sống chậm, người ấy ít bí; Ai biết theo dõi, người ấy ít lo. Và ai biết cười, dù phải dậy đi tiểu ban đêm, người ấy đã điều trị BPH bằng cách nhân văn nhất.”— Nguyễn Đông Hưng

Chương 25 – Ung thư tuyến tiền liệt: ranh giới mỏng giữa “làm quá” và “bỏ sót”

Có những bệnh buộc ta phải quyết thật nhanh,

và có những bệnh buộc ta phải… chậm lại để quyết đúng. Ung thư tuyến tiền liệt (UTTLT) thuộc nhóm thứ hai. Ở đây, PSA, mpMRI, sinh thiết và điều trị cá thể hóa không chỉ là công cụ; chúng là la bàn, bản đồ, kính lúp và chiếc phanh tay. Một tay cầm ga – chống "bỏ sót", một tay giữ phanh – tránh "điều trị quá mức". Nghệ thuật nằm ở chọn ngưỡng.

1. PSA: cái kim chỉ nam… không phải bản án

PSA tăng thì nguy cơ tăng, chứ không đồng nghĩa ung thư. Nhiễm trùng, BPH, xuất tinh, đạp xe, thậm chí thao tác khám cũng làm PSA nhích lên. Vì vậy:

- Đo lặp lại khi PSA hơi cao, loại yếu tố nhiễu (nhiễm, xuất tinh <48 giờ, đạp xe).
- Nhìn xu hướng (PSA velocity), không chỉ số lẻ.
- Sử dụng tỉ lệ PSA tự do/ toàn phần, PSA density (PSAD = PSA/ thể tích TL) để tăng độ chọn lọc (PSAD $>0{,}15$ gợi ý nguy cơ cao hơn).

PSA giúp gọi tên "ai cần đi tiếp", không phải "ai phải mổ ngay".

2. mpMRI: tấm bản đồ trước khi đặt kim

mpMRI tuyến tiền liệt (T2W + DWI + DCE) cho ta PI-RADS – thang 1→5.

- PI-RADS 1–2: khả năng thấp → có thể theo dõi nếu PSA/PSAD không đáng ngại.
- PI-RADS 3: vùng xám → cân nhắc theo PSAD, tiền sử, tuổi.
- PI-RADS 4–5: nghi cao → sinh thiết nhắm đích.

mpMRI không thay thế sinh thiết, nhưng giúp bớt sinh thiết không cần và đỡ bỏ sót tổn thương quan trọng. Cái đẹp của mpMRI là… cho ta quyền chần chừ hợp lý.

3. Sinh thiết: đặt kim đúng chỗ, đúng người

Sinh thiết kết hợp: vừa hệ thống 10–12 lõi (TRUS) vừa nhắm đích vùng tổn thương (fusion/ in-bore).

- Tránh lặp sinh thiết “mù” nhiều vòng nếu mpMRI âm tính, PSAD thấp.

- Ở người tuyển chọn tốt, có thể sinh thiết đường tầng sinh môn để giảm nhiễm.

- Kết quả đi theo ISUP Grade Group (1→5. quy đổi từ Gleason (3 + 3 đến 9–10).

Chẩn đoán đúng cấp mô học là chiếc khóa mở mọi cánh cửa tiếp theo.

4. Phân tầng nguy cơ: nói cùng một ngôn ngữ

Đặt bệnh nhân vào nhóm nguy cơ (ví dụ khung D'Amico mở rộng):

- Thấp: PSA <10, ISUP 1 (Gleason 3 + 3., lâm sàng $\leq$T2a.

- Trung gian: PSA 10–20 hoặc ISUP 2–3 (3 + 4, 4 + 3. hoặc T2b–c (tách thêm "trung gian thuận lợi/không thuận lợi").

- Cao: PSA >20 hoặc ISUP 4–5 ($\geq$Gleason 8. hoặc $\geq$T3.

Với di căn (N/M), ngày nay PSMA-PET/CT giúp định giai đoạn chuẩn hơn khi có điều kiện. Nhưng dù công nghệ gì, không để hình ảnh lấn át lâm sàng và sở nguyện của người bệnh.

5. Cá thể hóa: khi nào "đủ" là "đúng"?

a) Giám sát tích cực (Active Surveillance – AS) Dành cho nguy cơ thấp và một phần trung gian thuận lợi (ISUP 1, một số ISUP 2 với khối lượng rất thấp, PSAD thấp).

- Trụ cột: PSA định kỳ, mpMRI theo mốc, sinh thiết kiểm chứng có kế hoạch.
- Triết lý: chấp nhận sống chung với ung thư "hiền", tránh tác dụng phụ không cần (tiểu không kiểm, rối loạn cương), can thiệp khi cần.
- b) Điều trị triệt căn Chọn phẫu thuật cắt TL tận gốc (mổ mở/ nội soi/ robot) hoặc xạ trị triệt căn (EBRT ± brachy), tương đương về sống còn cho nhiều nhóm.
- Phẫu thuật: lợi thế bệnh lý sau mổ, PSA "về 0" nhanh; rủi ro tiểu không kiểm/ rối loạn cương – giảm khi bảo tồn bó mạch-thần kinh đúng chỉ định.
- Xạ trị: tiện với người không muốn/không hợp mổ; kèm ADT ở trung gian không thuận lợi/ cao; rủi ro kích thích bàng quang – trực

tràng, rối loạn cương muộn.

- Chọn thế nào? Đặt mục tiêu sống còn = nhau, so chất lượng sống khác nhau; quyết theo giá trị của người bệnh.

c) Bệnh khu trú nguy cơ cao/ cận lan rộng

- Mổ + cân nhắc xạ/ADT cứu vãn theo bờ cắt – hạch.

- Xạ chuẩn + ADT 18–36 tháng; có thể tăng liều/ tăng phân liều.

d) Di căn/ tái phát sinh học

- ADT là nền tảng; sớm kết hợp thuốc nội tiết thế hệ mới (abiraterone, enzalutamide, apalutamide…) khi phù hợp.

- Oligometastasis: cân nhắc xạ định vị vào tổn thương ± kiểm soát tại chỗ tuyến tiền liệt.

- Sau xạ/ mổ: salvage RT hoặc salvage RP chọn lọc; chìa khóa là phát hiện sớm (PSA rise).

Nguyên tắc: đúng người – đúng thời điểm – đúng cường độ. Làm quá sớm có thể bẻ gãy chất lượng

sống; làm quá muộn có thể mất cửa sổ chữa khỏi.

6. Hội thoại khó: ranh giới mỏng

- Tránh điều trị quá mức: nam lớn tuổi, ISUP 1, PSA thấp, bệnh đi kèm nhiều → ưu tiên AS; điều trị triệt căn có thể không thêm tuổi thọ nhưng giảm chất lượng sống.

- Tránh bỏ sót nguy hiểm: nam trẻ, ISUP 2–3 thực sự, PSAD cao, tổn thương PI-RADS 4–5 → đừng an ủi bằng theo dõi khi tiêu chí không đạt.

Câu mà tôi thường dùng:

"Ta chậm để không vội vàng, nhưng không chậm đến mức bỏ lỡ cơ hội."

7. Theo dõi sau điều trị: kỷ luật của bình an

- Sau mổ triệt căn: PSA phải không đo được; kiểm tra 3–6 tháng/lần trong 2–3 năm đầu, rồi thưa dần. PSA tăng lại → đánh giá tái phát sinh học và cứu vãn sớm.

- Sau xạ: PSA giảm từ từ; chú ý PSA bounce. Theo dõi dài hạn; tăng bền vững → đánh giá tái

phát.

- AS: lịch 3–6–12 tháng, mpMRI định kỳ, sinh thiết lại theo giao thức. Đổi chiến lược khi mô học/ảnh/PSA xấu hơn.

Nguyên tắc vàng: Mỗi lần đo/ chụp phải trả lời một câu hỏi lâm sàng. Không "chụp để chụp".

8. Tác dụng phụ: nói trước để đi cùng nhau

- Tiểu không kiểm: tập sàn chậu, chương trình phục hồi; tỷ lệ giảm theo thời gian.
- Rối loạn cương: bảo tồn bó thần kinh khi an toàn; PDE5i, bơm hút, tiêm hang, cấy thể hang khi cần.
- Sau xạ: kích thích bàng quang – trực tràng; tối ưu bảo vệ trực tràng, theo dõi muộn.

Nói thật từ đầu để người bệnh không bất ngờ, xem đó như giá phải trả có tính toán, thay vì "tai nạn".

9. Triết học của ngưỡng: sống giữa hai cực

UTTLT dạy ta sống ở lằn ranh: giữa chủ động và

kiên nhẫn, giữa can đảm và khiêm tốn.

- PSA là chiếc chuông báo, không phải tiếng trống trận.
- mpMRI là bản đồ định hướng, không phải phán quyết.
- Sinh thiết là sự thật sinh học, nhưng quyết định còn là sự thật nhân sinh.
- Điều trị là con dao hai lưỡi: cắt ác tính và có thể cứa vào bình thường – vì thế mới cần cá thể hóa.

Ở cuối ngày, câu hỏi quan trọng nhất không phải "ta đã làm gì?", mà là:

"Điều ta làm có đổi được số phận thật sự của người bệnh không?" Nếu có – mạnh dạn đi tiếp. Nếu không – dừng lại để sống đẹp với sự chờ đợi.

10. Bỏ túi một trang

- PSA: lặp lại, xem PSAD/PSA free, loại nhiễu → mpMRI khi nghi.
- mpMRI/PI-RADS hướng sinh thiết nhắm

đích + hệ thống.

- ISUP/D'Amico để phân tầng → AS (thấp/ thuận lợi) | triệt căn (trung gian/ cao).
- Phẫu thuật = Xạ trị về sống còn (nhiều nhóm); chọn theo giá trị & bệnh kèm.
- Theo dõi có mốc; salvage sớm khi tái phát sinh học.
- Nói trước về tác dụng phụ; trị liệu chức năng đi song song.

Ung thư tuyến tiền liệt, rốt lại, là nghệ thuật chọn ngưỡng. Đặt kim đúng chỗ, đặt mổ đúng lúc, đặt lòng tin đúng nơi. Đừng chạy theo mọi con số, cũng đừng phó mặc cho may rủi. Hãy đi cùng người bệnh – bằng khoa học chính xác và sự chậm rãi có chủ đích. Vì đôi khi, chậm mà đúng chính là nhanh nhất trên con đường dài của một đời người.

Chương 26 – Ung thư dương vật: Giữa sinh tồn và nhân phẩm

Có những căn bệnh khiến người ta sợ vì đau, và

có những căn bệnh khiến người ta sợ vì… xấu hổ. Ung thư dương vật là một trong số đó. Nó hiếm, nhưng khi đến, nó gõ cửa không chỉ cơ thể – mà còn chạm thẳng vào lòng tự trọng, bản năng và nhân phẩm của người đàn ông.

Tôi đã từng thấy những người đàn ông gầy gò, lặng lẽ đến khám, không dám nhìn vào mắt bác sĩ. Họ không hỏi "ung thư đến đâu", mà chỉ thì thầm:

"Bác sĩ ơi, có giữ lại được không?"

Câu hỏi ấy, vừa ngắn vừa nặng. Vì ẩn sau nó không chỉ là nỗi sợ mất đi một cơ quan, mà là nỗi sợ mất đi chính mình.

1. Khi cơ thể im lặng quá lâu

Ung thư dương vật thường bắt đầu rất nhỏ: một vết loét, một chỗ sùi nhẹ, đôi khi chỉ là vết đỏ rát quanh quy đầu. Người bệnh nghĩ "nhiễm nấm", "mụn nhỏ", tự mua thuốc bôi. Rồi tháng này qua tháng khác, vết loét không lành, lan rộng, chảy dịch hôi, đau rát. Đến lúc chịu đi khám thì đã ăn sâu xuống thân dương vật, thậm chí lan hạch bẹn.

Có những người giấu bệnh nhiều tháng, thậm chí

nhiều năm, vì xấu hổ, sợ vợ con biết, sợ hàng xóm nói. Nhưng ung thư không biết ngại. Nó cứ lớn lên trong im lặng, chỉ đợi khi ta thôi che giấu để bộc phát.

Đó là lý do tôi luôn dặn sinh viên:

“Khi bệnh nhân nói ‘tôi ngại lắm’, nghĩa là đã muộn hơn ta nghĩ.”

2. Nguyên nhân không chỉ là số phận

Phần lớn ung thư dương vật liên quan đến vệ sinh kém, hẹp bao quy đầu, nhiễm HPV, và đặc biệt là thiếu thói quen kiểm tra sớm. Ở những nơi còn e dè chuyện “vùng kín”, bệnh dễ bị bỏ qua đến khi quá trễ.

Nói thật, nếu ai đó cắt bao quy đầu sớm, giữ vệ sinh, và đi khám khi vết loét chưa lan, rất nhiều ca ung thư đã không phải “đánh đổi một phần thân thể.” Nhưng cuộc đời không ai được dạy bài đó sớm, và nhiều người chỉ học khi đã quá muộn.

3. Cắt rộng hay giữ lại – bài toán của trái tim

Trong phẫu thuật ung thư dương vật, có hai cực:

“cắt rộng” để sống, và “giữ lại” để sống… mà còn là chính mình. Cả hai đều đúng, và cả hai đều đau.

- Cắt rộng: là cách an toàn nhất về y học – lấy trọn u, rìa sạch, hạch bẹn khi cần. Người bệnh sống, nhưng mất đi biểu tượng nam tính.

- Giữ lại (bảo tồn): chỉ làm được khi u nhỏ, khu trú, rìa âm tính. Có thể dùng laser, cắt phần, tái tạo, giữ hình thể – nhưng rủi ro tái phát cao hơn.

Là bác sĩ, ta đứng giữa hai bờ: cứu mạng người và giữ nhân phẩm người. Không thể “chọn đại”, mà phải nói thật, cùng chọn.

Tôi từng có bệnh nhân 48 tuổi, u 2 cm, chưa lan. Anh nhìn tôi, giọng nghèn nghẹn:

“Tôi không sợ chết, chỉ sợ vợ nhìn mình mà thương hại.”

Chúng tôi quyết định cắt phần đầu dương vật, bảo tồn gốc, tái tạo da. Một năm sau, anh gửi tấm ảnh đứng bên vợ, cười hiền:

“Tôi vẫn là tôi, chỉ khác là biết quý từng ngày.”

4. Hạch bẹn những dấu hiệu của đường xa

Ung thư dương vật có hạch bẹn di căn khá sớm. Nguyên tắc: đánh giá kỹ, không chủ quan với "hạch nhỏ mềm". Khi cần, nạo hạch chọn lọc sớm giúp tiên lượng tốt hơn.

Nhưng hãy nhớ: mỗi cuộc nạo hạch không chỉ lấy mô, mà lấy cả sức người. Bệnh nhân sau mổ hạch dễ phù chân, nhiễm trùng, mệt mỏi. Vì vậy, chỉ làm khi thật cần, không "thêm phần cho chắc", bởi trong phẫu thuật, nhiều khi "thêm" là mất.

5. Khi nói chuyện với người bệnh hãy nói bằng lòng, không bằng thuật ngữ

Người bị ung thư dương vật không cần nghe từ "carcinoma tế bào vảy", "pT2N0M0". Họ chỉ cần nghe bằng ngôn ngữ người:

"Bác có bệnh ác, nhưng còn trong tầm kiểm soát." "Mổ này giúp bác khỏi, nhưng có thể thay đổi hình dạng. Tôi sẽ cố hết sức để giữ lại phần có thể." "Sau mổ, bác vẫn tiểu được, vẫn gần gũi được, chỉ khác một chút thôi."

Những lời ấy, đôi khi giúp họ bước lên bàn mổ

với lòng dũng cảm, chứ không phải sợ hãi.

6. Sau mổ – hồi sinh từ khoảng trống

Không ai bước ra khỏi cuộc mổ ấy mà còn nguyên vẹn. Nhưng nếu có điều gì giữ họ lại, thì đó chính là sự chăm sóc, cảm thông và phục hồi tinh thần.

Sau mổ, phục hồi chức năng và tâm lý quan trọng hơn mọi loại thuốc:

- Dạy bệnh nhân vệ sinh vùng mổ nhẹ nhàng.
- Giúp họ làm quen lại với cơ thể mới – bằng ánh nhìn không phán xét.
- Khuyến khích họ nói ra nỗi lo, thay vì lặng im.

Người thầy thuốc giỏi không chỉ khâu vết thương trên da, mà vá lại khoảng trống trong lòng người bệnh.

7. Bài học từ một căn bệnh "ít mà sâu"

Ung thư dương vật không nhiều, nhưng mỗi ca đều để lại trong tôi một vết khắc. Nó nhắc rằng y

học không chỉ đo bằng sống–chết, mà bằng cách ta giữ cho con người còn là con người sau khi sống sót.

Cắt – hay giữ – chỉ là quyết định kỹ thuật. Nhưng trao lại cho họ sự tôn trọng và nhân phẩm, đó mới là nghệ thuật của nghề.

8. Kết chương – Giữa sống và làm người

Trong căn bệnh này, không có chiến thắng trọn vẹn. Bác sĩ cứu mạng, nhưng bệnh nhân mới là người đi hết hành trình – từ nỗi sợ, đến chấp nhận, rồi đến bình an. Và ở cuối con đường ấy, nếu họ có thể nói:

"Tôi vẫn là tôi, dù đã mất một phần thân thể", thì đó là thắng lợi lớn nhất của y học và của lòng người.

Chương 27 – Ung thư tinh hoàn: cứu cơ thể, giữ tương lai

Có những căn bệnh đến khi người ta đã già; cũng có những căn bệnh chọn đúng tuổi thanh xuân. Ung thư tinh hoàn thuộc nhóm thứ hai. Nó gõ cửa ở lứa tuổi 18–40, khi người đàn ông vừa bước vào đời, còn nhiều kế hoạch dở dang: học hành, khởi nghiệp,

cưới vợ, sinh con. Bởi thế, chữa ung thư tinh hoàn không chỉ là cứu cơ thể, mà còn là giữ lại tương lai – một tương lai có tiếng cười trẻ nhỏ, những buổi sáng đi làm, và một cơ thể vẫn còn đủ nội lực để yêu thương.

Tôi gặp nhiều chàng trai đến phòng khám với một câu nói rất nhỏ:

"Bác sĩ ơi, em sờ thấy một cục rắn trong bìu, không đau." Chỉ vậy thôi. Không sốt, không rát, chỉ một "cục rắn". Và đó đã đủ là lý do để chúng ta khởi động cả một quy trình nghiêm túc.

1. Dấu hiệu đầu tiên: một khối rắn, im lặng

Bài học số 1 cho mọi chàng trai: khối rắn, không đau ở tinh hoàn = đi khám ngay. Đừng "chờ xem", đừng bôi thuốc nấm, đừng ngại. Khám lâm sàng, siêu âm bìu (đơn giản mà chính xác), và dấu ấn khối u trong máu (AFP, β-hCG, LDH) là ba mũi tên đầu tiên. Chúng ta ít khi cần triết lý ở thời điểm này – chỉ cần đi nhanh và đúng.

2. Lựa chọn đầu tay: cắt tinh hoàn qua bẹn – vừa chẩn đoán, vừa điều trị

Trong ung thư tinh hoàn, cắt tinh hoàn qua đường bẹn (orchiectomy) không phải là "quá tay" – đó là chuẩn mực. Phẫu thuật này vừa lấy trọn u, vừa cho mô bệnh học để phân nhóm:

- Seminoma – "hiền" hơn, nhạy với xạ trị và hóa trị.
- Non-seminoma (tế bào mầm không tinh): đa dạng, thường hóa trị chủ đạo; đôi khi cần mổ hạch sau phúc mạc (RPLND) chọn lọc.

Điều lạ là, dù mất đi một bên tinh hoàn, phần lớn nam giới không mất "nam tính": bên còn lại vẫn có thể sản xuất testosterone, vẫn ham muốn, cương, xuất tinh như trước. Ai muốn, có thể đặt tinh hoàn giả – không để "đẹp", mà để tự tin.

3. Cứu tương lai ngay từ trước mổ: ngân hàng tinh trùng

Tôi luôn nói điều này sớm, nói kỹ, nói bằng giọng người:

"Trước khi mổ hay hóa trị, hãy gửi tinh trùng vào ngân hàng." Không phải vì bi kịch, mà vì chuẩn chỉ. Hóa trị (đặc biệt phác đồ BEP: Bleomycin–

Etoposide–Cisplatin) có thể ảnh hưởng sinh tinh tạm thời, đôi khi dài hạn. Ngân hàng tinh trùng là tấm vé khứ hồi cho ước mơ làm cha sau này. Đơn giản, thực tế, và rất đáng làm.

4. Dàn nhạc nhiều nhạc cụ: hóa trị, xạ trị, mổ hạch – "đủ" chứ không "thừa"

Sau mổ, mọi quyết định dựa trên giai đoạn (hình ảnh CT ngực–bụng–chậu), dấu ấn u, và mô bệnh học.

- Giai đoạn rất sớm (I): nhiều trường hợp theo dõi chặt (surveillance) là đủ – đặc biệt với seminoma nhỏ, dấu ấn bình thường. Có thể cân nhắc 1–2 chu kỳ hóa trị nhẹ hoặc xạ trị liều thấp tùy nguy cơ và nghề nghiệp, nhưng theo dõi nghiêm túc vẫn là chiến lược đẹp: không làm quá khi chưa cần.

- Giai đoạn có hạch (II):

Seminoma: hóa trị là nòng cốt; xạ trị vai trò chọn lọc ở khối hạch nhỏ.

Non-seminoma: đa số hóa trị BEP; sau đó, nếu còn khối tồn dư, cân nhắc RPLND (mổ hạch sau

phúc mạc) để "dọn sạch" mô sẹo/teratoma.

- Giai đoạn xa (III): hóa trị tích cực. Tin vui là, ngay cả khi bệnh lan, ung thư tinh hoàn vẫn thuộc nhóm có thể chữa khỏi với tỷ lệ cao đáng kinh ngạc so với nhiều ung thư khác.

Nguyên tắc: chữa đủ liều – đủ thì – đúng cửa sổ. Làm thiếu thì lỡ cơ hội; làm thừa thì đánh đổi chất lượng sống. Cái khó của thầy thuốc nằm ở định liều của hy vọng.

5. Tỷ lệ sống: con số biết mỉm cười

Nếu đi đúng đường – đúng lúc, tỷ lệ sống 5 năm của ung thư tinh hoàn rất cao (đa số $>90\%$). Con số này không phải để "ru ngủ", mà để truyền can đảm: *"Đây là ung thư có thể chữa khỏi. Mình cùng nhau đi hết lộ trình."*

6. Theo dõi: kỷ luật của bình an

Sau điều trị, không ai "xong hẳn" – chúng ta bước vào thời kỳ kỷ luật:

- Khám + dấu ấn u (AFP, β-hCG, LDH) theo lịch rõ: dày hơn trong 2–3 năm đầu, rồi thưa

dần đến 5 năm (tùy phác đồ).

- Hình ảnh (X-quang ngực/CT) theo mốc – chỉ khi đổi quyết định mới chụp thêm.

- Nội tiết – sinh sản: kiểm tra testosterone, tư vấn sinh sản; hỗ trợ rối loạn cương nếu có.

Theo dõi không phải vì nghi ngờ người bệnh, mà vì tôn trọng quy luật của bệnh – và cũng là lời hẹn không bỏ nhau giữa bác sĩ và bệnh nhân.

7. Tác dụng muộn: nói trước để nhẹ lòng

- BEP có thể để lại ù tai, tê bì, mệt mỏi, hoặc giảm sinh tinh một thời gian; bleomycin cần giữ phổi (tránh oxy cao khi gây mê sau này).

- RPLND có thể ảnh hưởng xuất tinh ngược (hiện nay các kỹ thuật bảo tồn thần kinh giúp giảm nguy cơ).

- Tâm lý: tự ti, lo lắng về "nam tính" thường nhiều hơn các con số xét nghiệm. Nói ra – được nghe – được hướng dẫn là liều thuốc rẻ mà mạnh.

8. Những câu chuyện tôi nhớ

Cậu kỹ sư 27 tuổi, u seminoma giai đoạn I. Chúng tôi cắt tinh hoàn, gửi ngân hàng tinh trùng, chọn theo dõi. Mỗi lần tái khám cậu đều cười: “Em vẫn chạy bộ 10km mỗi cuối tuần.” Năm thứ ba, cậu thông báo vợ có thai bằng mẫu tinh trùng “dự phòng”.

Anh công nhân 32 tuổi, non-seminoma có hạch. BEP 3 chu kỳ, khối tồn dư nhỏ – theo dõi. Một năm sau ổn. Anh nói: “Em chịu khó đội mũ, đeo găng, ăn uống điều độ… hóa ra sống lành mạnh cũng không khó.”

Người đàn ông 40 tuổi, vào muộn, dấu ấn rất cao. Hóa trị nặng nề, có hôm tưởng bỏ cuộc. Vợ anh nắm tay: “Mình đã đi được nửa con dốc rồi.” Sáu tháng sau, dấu ấn về bình thường. Tôi hiểu vì sao y học cần thêm một môn gọi là tình thương học.

9. Dặn người trẻ – nói ngắn, nhớ lâu

- Tự khám bìu mỗi tháng sau khi tắm: thấy cục rắn – không đau – không đổi chỗ → đi khám.
- Đừng ngại: bìu dính với tương lai, không phải chuyện “xấu hổ”.

- Nếu phải điều trị: hỏi ngay về ngân hàng tinh trùng.
- Tin vào quy trình: cắt – phân nhóm – giai đoạn – điều trị đủ – theo dõi có mốc.
- Sống điều độ trong và sau hóa trị: ăn ngủ đủ, vận động nhẹ, tránh hút thuốc – cơ thể sẽ "trả ơn".

10. Khép lại Phần V: chữa bệnh ác bằng niềm tin lành

Ung thư tinh hoàn dạy tôi nhiều điều. Rằng y học có những trận thắng rực rỡ nếu ta đến đúng lúc. Rằng "nam tính" không nằm ở số lượng tinh hoàn, mà ở cách người đàn ông đi qua bệnh tật: biết đối diện, biết hỏi, biết dự phòng cho ngày mai. Và rằng, đôi khi một ống nghiệm tinh trùng đông lạnh lại mang theo cả tiếng khóc chào đời của một đứa trẻ trong tương lai.

Khép lại Phần V, tôi muốn nói với những chàng trai đang loay hoay:

"Nếu em sờ thấy một khối rắn – đi khám. Nếu em phải hóa trị – hãy tin vào lộ trình. Nếu em sợ

mất tương lai – hãy gửi nó vào ngân hàng tinh trùng, rồi quay lại lấy sau. Chúng ta không chỉ chữa bệnh, mà còn giữ hộ em một bình minh."

Vì chữa ung thư tinh hoàn là như thế: cứu cơ thể hôm nay, và giữ nguyên cơ hội yêu thương của ngày mai.

11. Tóm tắt – Nguyên tắc vàng trong u bướu niệu khoa: Biết sợ – Biết chẩn – Biết dừng – Biết đi tiếp

Trong u bướu niệu khoa, bước đầu của sáng suốt là biết sợ. Biết sợ để không chủ quan với máu trong nước tiểu, không coi thường cái "nang nhỏ" trên CT, không vội xếp mọi triệu chứng vào hai chữ "lành tính". Nỗi sợ đúng chỗ khiến ta cẩn trọng, tôn trọng từng dấu hiệu, và không để sai sót đánh đổi bằng mạng người.

Biết chẩn là đi tiếp bằng lý trí: không hoảng loạn mổ ngay khi thấy u, mà đọc kỹ phim, phân loại rõ, sinh thiết đúng, hiểu bệnh trước khi đụng dao. Một quyết định đúng lúc có thể đổi cả số phận người bệnh – từ tuyệt vọng sang hy vọng.

Biết dừng là phẩm chất của người thầy thuốc trưởng thành. Khi bệnh đã muộn, không cố "làm cho

đẹp", không chạy theo kỹ thuật, mà tập trung giảm đau, giữ nhân phẩm, bảo toàn chất lượng sống. Đôi khi, dừng lại chính là lòng nhân, vì mục tiêu cuối cùng của y học không phải là "làm được", mà là "làm đúng cho con người".

Biết đi tiếp là mặt kia của lòng can đảm: khi cần can thiệp, phải làm đến nơi, điều trị đến cùng, không nửa vời, không ngập ngừng. Ung thư không chờ đợi, không tha cho sự do dự, nhưng nó luôn tôn trọng người có kỷ luật và kế hoạch rõ ràng.

Khi đối diện với ung thư hãy điềm tĩnh

Nhiều người nghe đến chữ "u" là nghĩ "án tử". Nhưng người thầy thuốc phải là người giữ nhịp, để nỗi sợ không cuốn trôi cả lý trí. Mỗi loại ung thư – thận, bàng quang, tuyến tiền liệt, tinh hoàn – đều có cửa thoát riêng, chiến lược riêng, và cơ hội sống riêng.

Không cần sợ, chỉ cần hiểu đúng – làm đúng – đúng lúc. Bởi trong hành trình chữa ung thư, điềm tĩnh là liều thuốc đầu tiên, và niềm tin là hóa chất mạnh nhất.

Phần VI. CHẤN THƯƠNG ĐƯỜNG TIẾT NIỆU & SINH DỤC

Trong y học, có những phần khiến ta suy ngẫm, và có những phần khiến ta thức tỉnh – phần này thuộc về nhóm thứ hai. Chấn thương niệu – sinh dục không báo trước, không nhẹ nhàng, không chọn thời điểm. Nó đến cùng tiếng va chạm, cùng tai nạn, cùng nỗi hoảng loạn của người bệnh và sự bình tĩnh của người thầy thuốc.

Nếu các phần trước nói về dòng chảy tự nhiên của cơ thể, thì phần này là lúc ta học cách đưa dòng chảy ấy trở lại sau khi bị vỡ nát. Ở đây, bác sĩ niệu không chỉ là người chữa bệnh, mà là người sửa lại những gì sinh học và định mệnh vừa làm hỏng – đôi khi trong đêm trực lạnh, giữa tiếng còi xe cứu thương và ánh đèn phẫu thuật.

1. Khi nước chảy sai đường – và nhiệm vụ của ta là mở lại lối cũ

Cơ thể con người kỳ diệu ở chỗ: mọi thứ đều có trật tự, mọi đường đều có “áp lực” và “hướng đi”. Nhưng chỉ một cú đập, một vết dao, một sai sót

trong mổ… là trật tự đó vỡ tung. Nước tiểu tràn ra mô, máu chảy, bàng quang rách, niệu đạo đứt – và sự sống bỗng biến thành bài toán cấp cứu.

Phần này không chỉ dạy cách phân độ AAST, đặt thông, khâu lại, mà còn dạy cách giữ bình tĩnh trong hỗn loạn. Vì với chấn thương niệu, sai lầm đầu tiên thường là sai lầm cuối cùng.

2. Giữa ranh giới của "bảo tồn" và "can thiệp"

Không phải vết thương nào cũng cần mổ, và không phải cái gì "bảo tồn" cũng là an toàn. Chấn thương thận có thể được giữ lại nếu ổn định, nhưng chỉ cần một chút chủ quan, là mất cả máu và thận trong vài phút. Tổn thương niệu quản có thể nhỏ bằng sợi chỉ, nhưng nếu bỏ qua, nó sẽ thành nhiễm trùng, rò nước, mất thận.

Ở phần này, chúng ta sẽ học nghệ thuật đọc bối cảnh, không chỉ đọc phim: khi nào nên chờ, khi nào phải mở, khi nào một ống dẫn nhỏ là cứu cánh, và khi nào một đường rạch lại là khởi đầu cho sự sống.

3. Giữ lại không chỉ cơ quan, mà cả nhân phẩm

Chấn thương dương vật, niệu đạo, tinh hoàn –

nghe thôi đã thấy xót. Đây là phần mà người thầy thuốc phải vừa có tay nghề, vừa có lòng nhân. Vì mỗi vết rách ở đó không chỉ là tổn thương mô, mà là tổn thương danh dự, lòng tự tin, cả cảm giác làm đàn ông.

Khâu lại mạch máu, nối lại niệu đạo chỉ là phần kỹ thuật. Khó hơn là giúp người bệnh dám nhìn lại cơ thể mình mà không thấy mất mát, chỉ thấy biết ơn. Và đôi khi, chính trong những ca "gãy dương vật", "đứt tinh hoàn", "mất da bìu" ấy, ta học được nhiều nhất về lòng trắc ẩn của nghề.

4. Triết lý của phần này: cứu sống, nhưng đừng quên phục hồi

Cấp cứu chỉ là nửa đầu. Phục hồi chức năng – cả thể chất lẫn tâm lý – mới là nửa còn lại. Một thận được giữ mà không lọc được, một bàng quang lành mà không kiểm soát được, một dương vật nối lại mà không thể cương – đều là nỗi buồn của người thầy thuốc nếu dừng lại giữa đường.

Vì vậy, ở phần này, mỗi chương là một lời nhắc:

- Cứu sống – bằng hành động đúng lúc.

- Cứu cơ quan – bằng kỹ thuật chính xác.
- Cứu chức năng – bằng theo dõi kiên trì.
- Cứu nhân phẩm – bằng cách cư xử đầy lòng người.

5. Một lời nhắn cho những ai đang học nghề

Làm niệu khoa là làm nghề của dòng nước – và ở đây, dòng nước ấy đang chảy ngược, rò rỉ, đứt gãy. Nhiệm vụ của chúng ta không phải là la hét vì sợ, mà là nhẹ nhàng dẫn nước trở lại đường cũ. Không ồn ào, không vội vàng – mà tỉ mỉ, nhân hậu, có lý trí và có tim.

Vì chấn thương niệu – sinh dục là nơi khoa học, nghệ thuật và lòng người giao nhau. Ở đó, một mũi kim đúng chỗ có thể cứu một quả thận; một câu nói đúng lúc có thể cứu một con người khỏi tự ti; và một quyết định kiên định có thể biến một đêm trực đầy máu thành một bài học của cả đời.

"Có những dòng nước chảy sai vì tai nạn, nhưng nếu ta đủ bình tĩnh và đủ nhân hậu, chúng vẫn có thể trở lại, trong, êm và nguyên vẹn như thuở đầu."

Chương 28. Chấn thương thận – phân độ AAST, chọn bảo tồn hay can thiệp

Trong mọi ca chấn thương, quy tắc đầu tiên luôn là cứu sống trước: A–B–C (đường thở – hô hấp – tuần hoàn). Chỉ khi mạch, huyết áp, SpO_2 tạm ổn, ta mới có "đặc quyền" nghĩ về thận. Chấn thương thận đa phần đi kèm đa chấn thương; thận không kêu, nhưng mất máu thì kêu. Bởi vậy, câu hỏi không phải "vỡ thận mức mấy?", mà là: "Người bệnh có ổn định để chụp–đánh giá–chọn chiến lược an toàn không?"

1. Khi nào nghĩ tới chấn thương thận?

- Cơ chế: va đập hông lưng, tai nạn giao thông, té cao, đè ép, vết thương xuyên (dao/đạn).
- Dấu hiệu: đau hông lưng, đái máu (đại thể/vi thể – nhớ rằng đái máu không tỷ lệ tuyệt đối với mức tổn thương), bầm tụ vùng hông, hạ sườn, tụ máu sau phúc mạc trên siêu âm FAST.
- Cờ đỏ: tụt huyết áp, đau tăng nhanh, bụng chướng, giảm Hb, toan chuyển hóa, dấu hiệu sốc.

Nguyên tắc: ổn định → CT có cản quang đa thì; không ổn định → giải quyết cấp cứu (cầm máu, mổ/ thắt mạch) rồi tính tiếp.

2. Hình ảnh học – "mắt" của quyết định

- FAST/siêu âm: nhanh, tại giường; thấy dịch tự do/khối tụ máu quanh thận nhưng khó phân độ.
- CT có cản đa thì (thì nhu mô + bài tiết): chuẩn vàng khi bệnh nhân ổn định; đánh giá mức độ rách, tụ máu, mạch máu rách, thoát thuốc cản (contrast extravasation), tổn thương cuống thận, đường bài xuất, nước tiểu thoát (urinoma).
- DSA (chụp mạch): vừa chẩn đoán vừa nút mạch cầm máu.
- MRI: hiếm dùng cấp cứu; cân nhắc ở trẻ em/ thai kỳ nếu cần.

3. Phân độ AAST (gói gọn để nhớ và dùng)

AAST I–V: từ dập nhẹ đến đứt cuống.

- Độ I: dập nhu mô nông, tụ máu dưới bao

không rách vỏ, không thoát thuốc.

- Độ II: rách nhu mô <1 cm vào vỏ, tụ máu quanh thận khu trú, không thoát thuốc.

- Độ III: rách nhu mô >1 cm sâu vào vỏ–tủy nhưng không vào hệ thống đài–bể, không tổn thương mạch lớn.

- Độ IV: rách vào đài–bể (tổn thương đường bài xuất) hoặc tổn thương mạch phân thùy, có thể thấy thoát thuốc cản hay urinoma.

- Độ V: nát thận, đứt cuống/thrombose động–tĩnh mạch thận, mất tưới máu rộng.

Cách nhớ nhanh: I–II là "bầm–nông"; III "rách sâu"; IV "dính đài–mạch nhánh"; V "thận tan/cuống đứt".

4. Bảo tồn hay can thiệp? – Thuật toán bằng hơi thở lâm sàng

Ổn định huyết động

- Không ổn định (HA tụt, cần vận mạch, đáp ứng kém truyền dịch/máu) + nghi chảy máu sau phúc mạc → Can thiệp ngay: mổ thám sát

(khi đa tổn thương bụng) hoặc chụp mạch–nút mạch nếu nghi nguồn thận và có sẵn can thiệp mạch.

- Ổn định → đi CT có cản đa thì → phân độ + lựa chọn.
- Lựa chọn theo AAST + lâm sàng
- Độ I–II: Bảo tồn. Nghỉ ngơi, giảm đau, theo dõi mạch–HA, Hb, chức năng thận; kháng sinh dự phòng ngắn khi có urinoma nhỏ; không cần mổ.
- Độ III: Bảo tồn đa số. Theo dõi sát; nếu thoát thuốc cản/ tụ máu lớn tăng, hoặc giảm Hb → cân nhắc nút mạch chọn lọc (embolization).
- Độ IV: ưu tiên bảo tồn có chủ đích + nút mạch khi chảy máu hoạt động; nếu tổn thương đường bài xuất đáng kể → JJ stent để dẫn lưu–dán kín rách; urinoma lớn → dẫn lưu qua da.
- Độ V: thường cần can thiệp tích cực. Nếu còn khả năng bảo tồn (ví dụ rách cực thận, còn tưới máu phần lớn) → nút mạch chọn lọc/ khâu cầm máu; đứt cuống, thận nát + sốc →

cắt thận cứu mạng. Người thận độc nhất: tối đa bảo tồn (nút mạch/ khâu bảo tồn, mở bao giải áp tủy nếu chèn ép).

Tóm ý: Ổn định → CT → bảo tồn tối đa; chảy máu hoạt động → nút mạch; đường tiểu rách → JJ/ dẫn lưu; vỡ nát/đứt cuống + sốc → mổ.

5. Chọn vũ khí: ưu – nhược điểm

- Bảo tồn (non-operative management, NOM) Ưu: giữ thận, ít biến chứng mổ, nằm viện ngắn. Cần: huyết động ổn, có khả năng theo dõi sát (mạch, HA, Hb lặp lại), CT kiểm tra khi lâm sàng xấu.

- Nút mạch (angio-embolization) Ưu: cầm máu chọn lọc, giữ mô thận tối đa; làm được ngay sau CT khi thấy thoát thuốc. Nhược: cần ê-kíp can thiệp 24/7; có nguy cơ sốt sau nút, nhồi máu cực thận (đa số chấp nhận được).

- Phẫu thuật (khâu–cắt) Ưu: kiểm soát chảy máu nhanh trong đa chấn thương/ sốc. Nhược: nguy cơ mất thận, nhiễm, dính ruột; chỉ dùng khi bất khả kháng hoặc kèm tổn thương nội tạng khác bắt buộc mổ.

- Dẫn lưu đường tiểu JJ stent khi rách vào đài–bể, nước tiểu thoát; dẫn lưu urinoma qua da khi lớn/ nhiễm; sonde bàng quang để giảm áp đường tiết niệu dưới.

6. Theo dõi – "nửa cuộc chơi còn lại"

- Trong viện: mạch, HA, Hb 6–12–24h, nước tiểu, đau. CT lại khi đau tăng, sốt, Hb tụt, nghi biến chứng (urinoma lớn, giả phình mạch).

- Sau xuất viện: hạn chế gắng sức nặng 4–6 tuần (độ I–III), 6–8 tuần (độ IV–V).

- Tái khám: lâm sàng + siêu âm; CT kiểm tra chọn lọc (độ IV–V, tổn thương mạch/đường tiểu).

- Biến chứng muộn: tăng huyết áp do chấn thương thận (hiếm) → theo dõi HA 3–6 tháng; hẹp khúc nối, u máu giả, nhiễm.

7. Những bẫy thường gặp (và cách né)

- Quên ABC vì mải "xem thận": dẫn đến bỏ sót sốc ẩn do xuất huyết trong ổ bụng/ ngực. → Giữ ATLS bất biến.

- Chỉ dựa vào đái máu: vẫn có độ IV–V không đái máu (đứt cuống thận sớm). → Dựa cơ chế chấn thương + CT khi có thể.

- Bảo tồn thiếu điều kiện: viện không theo dõi sát, Hb rơi mà không biết. → Nếu không theo dõi nổi, đừng bảo tồn mù.

- Bỏ sót rách đường bài xuất: chỉ nhìn thì nhu mô, quên thì bài tiết. → Luôn chụp thì thải khi CT.

- Ngại nút mạch: kéo dài truyền máu, rồi mới nghĩ can thiệp. → Thấy thoát thuốc = gọi can thiệp sớm.

- Cắt thận dễ dãi: bệnh nhân trẻ, còn ổn, chỉ rách cực – đã cắt. → Cố gắng khâu bảo tồn nếu trường lực cho phép.

8. Khác biệt trẻ em & thận độc nhất

- Trẻ em: bao thận mỏng, nhu mô "mềm" → dễ rách; bảo tồn tỷ lệ cao nếu ổn định; theo dõi lâu hơn biến chứng muộn.

- Thận độc nhất/ ghép thận: ưu tiên giữ thận

mọi giá: nút mạch cực thận, khâu bảo tồn, dẫn lưu đường tiểu; mời Ngoại mạch máu sớm khi nghi cuống.

9. Checklist bỏ túi (đọc trong 30 giây)

- Ổn định huyết động theo ATLS.
- Ổn → CT có cản đa thì; Không ổn → mổ/ can thiệp mạch.
- AAST I–III: bảo tồn + theo dõi.
- AAST IV: bảo tồn chủ động; nút mạch nếu chảy máu; JJ/dẫn lưu nếu rách vào đài–bể/ urinoma.
- AAST V: cân nhắc nút mạch/ khâu bảo tồn; cắt thận khi nát/đứt cuống + sốc.
- Theo dõi có mốc: mạch–HA–Hb; hình ảnh khi cần; tránh vận động nặng 4–8 tuần.
- Đừng quên: tăng HA muộn, hẹp UPJ, giả phình mạch.

10. Một đoạn kết thực dụng

Chấn thương thận là bài kiểm tra bản lĩnh "giữ tay" của thầy thuốc: giữ nhịp trong hỗn loạn, giữ thận khi có thể, giữ mạng khi phải quyết nhanh. Phần lớn thận không cần mổ nếu huyết động vững và có đội hình theo dõi–can thiệp tốt. Nhưng khi máu đang tràn, đừng chần chừ: nút mạch hoặc mổ – vì không ai thắng nổi thời gian.

Chọn bảo tồn hay can thiệp không phải cuộc thi "dũng cảm", mà là bài toán an toàn – hiệu quả – bảo tồn chức năng. Giữ được thận là tốt; giữ được người bệnh sống, mới là đúng.

Chương 29. Tổn thương niệu quản – nhận diện sớm sau mổ, xử trí theo vị trí

Trong niệu khoa – và cả phụ khoa, ngoại tiêu hoá – niệu quản là sợi dây mảnh nhưng đắt giá. Nó nằm ngay "làn đường trong" của rất nhiều phẫu thuật: cắt tử cung, mổ đại–trực tràng, mổ mạch chậu, tạo hình bàng quang… Chỉ một kẹp hơi chặt, một mũi đốt nhiệt lệch tay, một mối khâu lỡ quá sâu – là đường nước bị tắc hoặc rò. Điều quan trọng nhất không phải "đã lỡ" hay chưa, mà là nhận ra sớm – dẫn lưu kịp – sửa đúng chỗ, đúng thời điểm.

Tư duy xương sống của chương này: 4D Drain (dẫn lưu) – Divert (đổi dòng) – Delineate (vẽ lại giải phẫu) – Decide (quyết cách sửa).

1. Nhận diện sớm – vì trễ một nhịp là khó gấp bội

A. Trong lúc mổ (intraop)

- Dấu gợi ý: tia nước tiểu trong trường mổ, nước tiểu hồng từ ống thông ngay sau thao tác gần niệu quản, thấy ống niệu quản bị cắt/đốt/ chèn.
- Làm gì ngay:
- Đặt JJ ngược dòng nếu chỉ rách nông/ kẹp bầm.
- Khâu vết rách (mũi rời 5/0–6/0), vá mỡ mạc nối nếu phù hợp.
- Đứt rời → tái tạo theo vị trí (xem mục 4).
- Luôn đặt dẫn lưu gần vùng nghi ngờ.

B. Sau mổ 24–72 giờ (early postoperative red flags)

- Đau hông lưng tăng dần, sốt/ bạch cầu tăng, creatinin máu tăng, dịch dẫn lưu/ dịch phúc mạc có creatinin cao (cao hơn huyết tương), bí tiểu giả do đau.

- Bụng chướng + dịch vàng nhạt trong ổ → nghĩ rò niệu.

- Siêu âm: ứ nước mới xuất hiện. CT-urography đa thì: tiêu chuẩn để thấy thoát thuốc cản (extravasation), urinoma, mức tắc.

Mẹo nhanh: nghi rò → so creatinin dịch dẫn lưu với máu. Dịch có creatinin cao vượt trội = rò nước tiểu.

2. Phân loại tổn thương – hiểu để sửa "đúng bài"

- Chấn thương cơ học: cắt đứt, rách bên, kẹp bầm.

- Tổn thương nhiệt/ thiếu máu: ban đầu "đẹp", hẹp muộn sau 2–6 tuần.

- Mức độ: một phần thành vs đứt hoàn toàn; nhiễm bẩn kèm hay không.

- Vị trí: 1/3 trên – 1/3 giữa – 1/3 dưới (quyết

định kỹ thuật tái tạo).

3. Chẩn đoán hình ảnh – chọn đúng lúc, đúng thứ

- CT-urography đa thì (thì bài tiết bắt buộc): xác định thoát thuốc, điểm tắc, urinoma.
- Retrograde pyelography (RGP) qua nội soi: vừa chẩn đoán vừa đặt JJ; đặc biệt hữu ích với đoạn dưới.
- Antegrade pyelography qua PCN khi không vào được đường dưới.
- Siêu âm: theo dõi ứ nước, kích thước urinoma.

4. Xử trí theo vị trí – "sửa đường" dựa trên bản đồ giải phẫu

A. Đoạn 1/3 trên (gần bể thận/đoạn thắt lưng)

- Rách bên/ đứt không mất đoạn đáng kể: Ureteroureterostomy (UU) tận–tận, khâu không căng, lót mỡ mạc nối, JJ 4–6 tuần.
- Mất đoạn ngắn 1–2 cm: vẫn UU sau giải phóng niệu quản để giảm căng.

- Không nối được/ tình trạng nhiễm bẩn: PCN dẫn lưu + sửa trì hoãn sau 6–8 tuần (khi viêm hết).

B. Đoạn 1/3 giữa

- Ưu tiên UU tận–tận nếu căng cho phép.
- Mất đoạn dài → cân nhắc Transuretero-ureterostomy (TUU) (nối sang niệu quản đối diện) khi giải phẫu cho phép và bên kia lành.
- Khi không thuận lợi, để PCN rồi tạo hình muộn.

C. Đoạn 1/3 dưới (dưới mạch chậu đến bàng quang)

- Lựa chọn số 1: Ureteroneocystostomy (UNC) – tái cắm niệu quản vào bàng quang.
- Khoảng cách thiếu:
- Psoas hitch: "kéo" bàng quang lên khâu vào cơ thắt lưng chậu → rút ngắn đường.
- Boari flap: vạt bàng quang hình ống thay đoạn niệu quản mất dài hơn.

- Nguyên tắc: không căng – không xoắn – có JJ.
- Nhiễm bẩn/ tổ chức phù nề: PCN + dẫn lưu rồi UNC/Boari trì hoãn.

D. Mất đoạn dài/ tổn thương phức tạp

- Ống niệu hồi (ileal ureter) thay thế đoạn dài.
- Tự ghép thận (autotransplant) – lựa chọn hiếm, trung tâm kinh nghiệm.
- Luôn cân nhắc tuổi – bệnh kèm – chức năng thận trước khi chọn giải pháp lớn.

5. Thời điểm sửa: sớm khi sạch – chậm khi bẩn

- Phát hiện ngay trong mổ: sửa sớm luôn tốt hơn (mô còn lành, ít viêm).
- Phát hiện sớm sau mổ (<72 giờ): nếu môi trường sạch, không nhiễm, có thể sửa ngay (đặt JJ/ tái tạo).
- Đến muộn, mô phù nề/ nhiễm, urinoma lớn: Drain + Divert (dẫn lưu, JJ/PCN) → trì hoãn

6–8 tuần, sau đó Delineate + Decide tái tạo khi mô "chín".

6. Hẹp muộn do nhiệt – căn bệnh "đến sau"

- Nghi khi ứ nước xuất hiện tuần 2–6, đau âm ỉ, PBR creatinin tăng, không có rò.
- RGP thấy hẹp "dài, cứng".
- Điều trị: rạch nội soi (endoureterotomy) + JJ nếu hẹp ngắn, thành mềm; tái tạo mở (UU/ UNC–Boari) nếu hẹp dài/ xơ cứng.
- Đừng cố "nong đi nong lại" quá nhiều lần → sẹo dày hơn, khó sửa hơn.

7. Quy tắc khâu–nối "3 không, 3 có"

- Không căng – Không xoắn – Không thiếu máu ở hai đầu nối.
- Có: tưới máu tốt, lót mô (mỡ mạc nối/ phúc mạc) khi cần, stent JJ trong lòng 4–6 tuần.
- Dẫn lưu cạnh đường nối để phát hiện rò sớm.

8. Kháng sinh – dẫn lưu – nuôi dưỡng mô

- Kháng sinh theo nguy cơ (rò bẩn, urinoma, can thiệp nội soi).
- Dẫn lưu urinoma qua da khi lớn/ nhiễm.
- Tối ưu dịch–điện giải, giảm áp lực nước tiểu (sonde bàng quang) trong các ca rò thấp.

9. Theo dõi sau sửa – nửa chặng đường quan trọng

- Rút JJ sau 4–6 tuần (cá biệt 8 tuần khi đường nối "căng").
- Siêu âm 2–4 tuần sau rút; nếu ứ nước → RGP/CTU đánh giá lại.
- Đo chức năng thận phân chia (MAG3/DTPA) khi cần.
- Dặn bệnh nhân: sốt, đau hông, bí tiểu, tiểu buốt hôi → quay lại ngay.

10. Những bẫy thường gặp (và cách né)

- Không nghĩ tới tổn thương niệu quản sau

mổ phụ khoa/ đại tràng → về nhà mới sốt–đau–ức nước → trễ. → Bất kỳ sốt/ đau hông/ creatinin tăng sau mổ vùng chậu: CTU ngay.

- Dựa vào siêu âm đơn thuần → bỏ sót rò nhỏ. → CTU thì bài tiết hoặc RGP.
- Khâu nối khi môi trường bẩn, mô phù → bục–rò. → Dẫn lưu + đổi dòng → trì hoãn.
- Nối căng vì "cố cho xong" → hẹp muộn. → Psoas hitch/ Boari thay vì kéo căng.
- Lạm dụng nong nhiều lần trong hẹp nhiệt dài. → Chọn mở đúng lúc để đỡ khổ về sau.

11. Ghi nhớ 6 câu "bỏ túi"

- Sau mổ vùng chậu + sốt/đau/cre tăng = nghĩ niệu quản.
- 4D: Drain – Divert – Delineate – Decide.
- Đoạn dưới: tái cắm (UNC) ± Psoas hitch/ Boari.
- Đoạn trên/giữa: UU tận–tận nếu được; không thì PCN → sửa muộn.

- Hẹp nhiệt: đừng nong vô hạn – rạch nội soi/ tái tạo đúng thời.

- Không căng – không xoắn – có JJ = đường nối bền.

12. Lời kết

Tổn thương niệu quản không phải "tai nạn hiếm", mà là nguy cơ thường trực của mọi phẫu thuật vùng chậu–bụng. Cái khó không nằm ở kỹ thuật cao siêu, mà ở kỷ luật tư duy: nghi sớm – dẫn lưu sớm – vẽ lại giải phẫu – sửa theo vị trí – chọn đúng thời điểm. Làm được vậy, ta giữ được đường nước, giữ được thận, và nhất là giữ được lòng tin của người bệnh sau một ca mổ đáng ra phải yên bình.

Chương 30. Vỡ bàng quang – trong/ngoài phúc mạc, khi nào mổ, khi nào chỉ dẫn lưu

Trong phòng cấp cứu, vỡ bàng quang là ca "dễ lẫn – khó quên". Dễ lẫn, vì đau bụng, bí tiểu, đái máu có thể bị quy về "sốc chấn thương chung". Khó quên, vì chỉ cần bỏ sót một lần, bạn sẽ nhớ cảm giác rút ống ra thấy nước tiểu vẫn rò vào ổ bụng. Sau

nhiều năm mổ xẻ—cả nghĩa đen lẫn nghĩa bóng—tôi rút ra vài điều "xương máu" để đồng nghiệp trẻ đi nhanh mà chắc.

1. Khi nào nghĩ tới vỡ bàng quang?

- Cơ chế: chấn thương bụng–chậu (tai nạn giao thông, té cao), gãy khung chậu, đè ép bàng quang căng; sau đẻ khó, thủ thuật/ nội soi, hoặc đặt/ rút sonde thô bạo.

- Tam chứng gợi ý: đái máu đại thể, đau/ căng tức vùng trên xương mu, bí tiểu (hoặc tiểu nhỏ giọt).

- Dấu kèm: bầm vùng tầng sinh môn/ mu, bụng chướng thoáng qua, tăng creatinin máu "giả" do nước tiểu tràn vào phúc mạc tái hấp thu.

- Đừng quên niệu đạo: có máu ở lỗ tiểu, tuyến tiền liệt "cao" khi thăm trực tràng → nghi rách niệu đạo, đừng cố nhét sonde, hãy chụp niệu đạo ngược dòng trước.

Kinh nghiệm: Ở bệnh nhân gãy khung chậu + đái máu đại thể, cứ coi như vỡ bàng quang cho tới

khi chứng minh ngược lại.

2. Đừng chụp “CT thường” rồi yên tâm

Tiêu chuẩn chẩn đoán không phải CT bụng thường quy, mà là cystography (bơm cản quang vào bàng quang):

- CT cystography (tiện khi đã làm CT chấn thương): bơm 300–400 ml cản quang pha loãng ngược dòng qua sonde, chụp thì bàng quang căng và thì sau tháo.
- Retrograde cystography (X-quang bàng quang): nguyên lý tương tự, có thể làm tại giường.
- Siêu âm FAST: chỉ gợi ý dịch—không phân biệt được trong/ngoài phúc mạc.

Bẫy hay gặp: để cản quang “nhỏ giọt” mà không làm căng đủ → âm giả. Hãy đảm bảo bàng quang căng thực sự trước khi chụp.

3. Phân loại thực dụng: Trong phúc mạc vs Ngoài phúc mạc

- Vỡ trong phúc mạc (IP): rách vòm bàng

quang → cản quang loang vào ổ bụng, bám rãnh đại tràng, túi cùng Douglas.

- Vỡ ngoài phúc mạc (EP): rách thành trước/ bên → cản quang tập trung quanh bàng quang, lan tam giác Retzius, "quả lê" quanh mu, có thể thấm mô mềm tầng sinh môn.

Nhớ nhanh: IP = rò vào bụng → cần mổ; EP = quanh mu → đa số chỉ dẫn lưu (trừ biến chứng).

4. Xử trí theo "bản chất rò"

A. Vỡ trong phúc mạc → MỔ KHÂU (trừ ngoại lệ cực hiếm)

- Chỉ định mổ: hầu như tuyệt đối, vì nước tiểu trong ổ bụng gây viêm phúc mạc hóa học, nhanh nhiễm trùng.

- Kỹ thuật cốt lõi:

Mở bụng/ nội soi, hút sạch nước tiểu, rà soát ruột đồng thời (chấn thương phối hợp!).

Khâu 2 lớp không căng (lớp niêm–cơ và thanh mạc–cơ) bằng Vicryl 2–0/3–0; thử kín bằng bơm xanh methylen/ nước muối.

Đặt sonde bàng quang cỡ đủ (16–18Fr) dẫn lưu liên tục; đặt dẫn lưu ổ bụng cạnh đường khâu.

Cân nhắc sonde trên mu nếu cổ bàng quang/ niệu đạo dưới nghi bị tổn thương.

- Sau mổ: kháng sinh ngắn, cystogram kiểm tra 7–10 ngày, rút dẫn lưu nếu khô; rút sonde khi phim kín.

B. Vỡ ngoài phúc mạc → DẪN LƯU (đa số)

- Điều trị chuẩn: đặt sonde bàng quang dẫn lưu kín 10–14 ngày, giảm áp chỗ rách → tự lành.

- Kháng sinh nếu gãy hở/ nhiễm bẩn vùng tầng sinh môn.

- Khi EP cần mổ (ngoại lệ):

Mảnh xương xuyên rách bàng quang, vết rách phức tạp (nát, nhiều đường), vỡ cổ bàng quang, đặt nẹp khung chậu cần làm sạch, vết thương xuyên bẩn, rò kéo dài $>$2–3 tuần không kín, hoặc cần mổ bụng vì lý do khác.

Lúc đó, khâu sửa + dẫn lưu như IP.

Mẹo: nếu EP mà đặt sonde không xuống (nghi rách cổ/ niệu đạo), đặt sonde trên mu chứ đừng cố.

5. Quy trình "ba bước rưỡi" tại tuyến bận rộn

- Ổn định ATLS: đường thở–thở–tuần hoàn; đừng để vỡ bàng quang làm ta quên chảy máu trong ổ bụng/ gãy chậu.
- Đặt sonde nhẹ tay (nếu không nghi rách niệu đạo). Nếu máu ở miệng sáo/ sờ TTL "cao", chụp niệu đạo ngược dòng trước.
- CT cystography khi bệnh nhân đủ ổn: phân biệt IP vs EP. 3.5. Quyết nhanh:
- IP → mổ khâu.
- EP → sonde dẫn lưu; ngoại lệ như trên → khâu.

6. Chăm sóc sau điều trị – nơi dễ "mất điểm"

- Dẫn lưu liên tục, không kẹp ống "cho bàng quang tập" trong giai đoạn lành—sẽ rò lâu.
- Theo dõi nước tiểu: nếu đục/ hôi/ lẫn cặn, cân nhắc thay sonde, nuôi cấy chọn lọc.

- Cystogram trước rút ống:
- EP: thường 10–14 ngày.
- IP khâu: 7–10 ngày (tuỳ kích thước rách và mô lành).
- Đau tầng sinh môn kéo dài/ sốt → nghĩ áp xe quanh bàng quang → CT lại, dẫn lưu.

7. Những "bẫy" kinh điển (và cách né)

- Tin CT thường quy (không bơm cản vào bàng quang) → lọt chẩn đoán. → Luôn yêu cầu CT cystography khi nghi ngờ.
- Cố nhét sonde qua niệu đạo khi nghi rách → tạo đường giả. → Chụp niệu đạo ngược dòng trước; nếu rách → sonde trên mu.
- Kẹp sonde sớm để "tập bàng quang" → rò lâu, viêm. → Giữ dẫn lưu liên tục đến khi phim kín.
- Bỏ sót cổ bàng quang: EP nhưng rách sát cổ → không lành bằng sonde. → Phim nghi ngờ + rò dai dẳng → mổ sửa.

- Quên đánh giá tổn thương phối hợp (ruột, âm đạo, trực tràng) trong IP/ vết thương xuyên. → Khám kỹ, đánh giá nội soi/ mổ bụng khi cần.

8. Vài ghi chú "ngoài lề mà đắt giá"

- Creatinin máu tăng sau chấn thương bụng không giải thích được + bụng chướng nhẹ → nghĩ rò nước tiểu vào phúc mạc.
- Phụ nữ: đôi khi vỡ bàng quang sau sinh khó/ mổ lấy thai; đừng bỏ qua khi bí tiểu + bụng đau + đái máu.
- Người cao tuổi/ xạ trị vùng chậu: mô dễ rách – lành kém → thiên về khâu sửa sớm nếu rách lớn.

9. Checklist bỏ túi (đọc trong 30 giây)

- Gãy chậu + đái máu ⇒ CT cystography.
- IP ⇒ khâu 2 lớp + dẫn lưu.
- EP ⇒ sonde 10–14 ngày, ngoại lệ mới mổ.
- Trước rút ống ⇒ cystogram.

- Nghi rách niệu đạo ⇒ RUG trước, không cố sonde.
- Không kẹp ống, giữ dẫn lưu liên tục đến khi kín.

10. Kết: Nghệ thuật của "đủ"

Vỡ bàng quang không phải ca phô diễn kỹ thuật, mà là bài học về kỷ luật: chẩn đoán đúng cách, làm đúng chỉ định, dẫn lưu đủ lâu, kiểm tra trước khi rút. Làm đủ—không thiếu, không thừa—thì IP khâu nhanh lành, EP dẫn lưu là kín, bệnh nhân bớt đau, bác sĩ bớt… áy náy. Và có lẽ, đó là vẻ đẹp thầm lặng của ngoại khoa: không cần làm nhiều hơn cần thiết, chỉ cần làm đúng lúc và đúng chỗ.

Chương 31. Chấn thương niệu đạo, phân loại trước/sau; đặt thông trên xương mu & tái tạo

Niệu đạo là "đường ống cuối" của hệ tiết niệu. Đường ống này nhỏ, mảnh, lại nằm đúng nơi dễ va đập, nên một cú ngã xe, một lần dạng chân mạnh, hay một lần đặt ống thông khó… đều có thể làm rách – đứt – tụ máu – hẹp. Điều quan trọng nhất

không phải là “rách to hay nhỏ”, mà là nhận đúng loại chấn thương, dẫn lưu kịp, rồi sửa vào lúc thích hợp.

1. Nhìn nhanh để không làm nặng hơn

Dấu hiệu gợi ý chấn thương niệu đạo

- Máu rỉ ở miệng sáo (miệng niệu đạo).
- Đái khó/đái không được, bàng quang căng.
- Bầm tím tầng sinh môn, “bìu như trái cà tím”.
- Gãy khung chậu, thăm trực tràng thấy tuyến tiền liệt “cao” (nghi rách sau).

QUY TẮC VÀNG: thấy máu ở miệng sáo hoặc nghi rách niệu đạo → ĐỪNG cố nhét ống thông qua niệu đạo. Hãy chụp niệu đạo ngược dòng (RUG) trước, hoặc đặt ống thông trên xương mu để dẫn lưu tạm.

2. Phân loại dễ nhớ: “trước – sau”

A. Niệu đạo trước (từ lỗ tiểu đến trước cơ thắt ngoài: đoạn xốp dọc dương vật & hành)

- Cơ chế điển hình: “ngã dạng chân” (đập tầng sinh môn lên vật cứng), chấn thương tầng sinh môn, đặt ống thông thô bạo, thủ thuật.
- Biểu hiện: bầm tím tầng sinh môn/bìu, tiểu máu ở đầu bãi, đái khó.
- Hình ảnh: RUG cho thấy rò thuốc từ đoạn xốp/hành.

B. Niệu đạo sau (đoạn màng qua cơ thắt – đến tiền liệt)

- Cơ chế điển hình: gãy khung chậu → rách/đứt màng – tiền liệt.
- Biểu hiện: bí tiểu, máu ở miệng sáo, TTL “cao”, đau hạ vị, bầm tầng sinh môn có thể không rõ.
- Hình ảnh: RUG ± bàng quang niệu đạo đồ khi đi tiểu (VCUG) xác định chỗ gián đoạn.

Tóm lại:

- Trước = tầng sinh môn va đập, hay gặp.
- Sau = gãy chậu, nguy cơ cao, xử trí khác

hẳn.

3. Chẩn đoán làm sao cho "đủ mà gọn"

- RUG (Retrograde Urethrogram): bơm cản quang từ miệng sáo, chụp xem thuốc đi đến đâu, rò ở đâu – tiêu chuẩn vàng ban đầu.
- Kết hợp RUG + VCUG khi cần "vẽ" cả đầu – cuối của đoạn đứt.
- Nội soi (flexible) có thể hỗ trợ: "soi hai đầu" trong phòng mổ nếu dự tính nắn đặt lại sớm.

4. Dẫn lưu trước, sửa sau: lý do và cách làm

Khi niệu đạo rách, người bệnh không đi tiểu được, bàng quang căng → phải dẫn lưu nước tiểu để giảm đau, giảm rò, tránh nhiễm. Nếu không an toàn để đặt ống qua niệu đạo, giải pháp nhanh, an toàn là đặt ống thông trên xương mu (SPC – suprapubic cystostomy).

A. Ống thông trên xương mu – làm sao cho an toàn (tóm tắt thao tác)

- Xác định bàng quang căng (sờ trên mu, siêu âm tại giường).

- Sát khuẩn, gây tê tại chỗ trên khớp mu 2–3 cm.
- Dùng kim/ trocar chuyên dụng (Seldinger hoặc bộ SPC) chọc hướng thẳng xuống bàng quang, tránh ruột (siêu âm giúp an toàn).
- Khi nước tiểu trào, luồn dây dẫn, đặt ống thông 16–18Fr, bơm bóng, cố định.
- Nối túi dẫn lưu kín, ghi hồ sơ ngày đặt, lượng nước tiểu.
- Nếu nghi vỡ bàng quang trong phúc mạc, cần mổ khâu bàng quang trước; SPC khi ấy là phụ trợ.

5. Chiến lược theo từng loại chấn thương

A. Niệu đạo trước

- Đụng dập/rách bên nhỏ (partial):
- Nếu đặt được ống thông nhẹ tay dưới soi → đặt 10–14 ngày.
- Hoặc SPC + theo dõi, nội soi kiểm tra sau vài tuần.

- Rách rộng/đứt do vết thương sắc:
- Khâu nối tận–tận sớm (vết thương sạch) hoặc SPC rồi tạo hình trì hoãn (vết bẩn/ phù nề).
- Biến chứng muộn: hẹp niệu đạo đoạn hành/ xốp → rạch nội soi cho hẹp ngắn, tạo hình mở cho hẹp dài/ tái phát.

B. Niệu đạo sau (do gãy chậu – "đứt giật lùi" ở **đoạn màng)**

- Giai đoạn cấp:
- SPC ngay để dẫn lưu.
- Có thể cân nhắc nắn – đặt lại sớm dưới nội soi (endoscopic realignment) trong 7–10 ngày đầu nếu điều kiện cho phép (đội hình, gây mê, hai đường soi trên–dưới).
- Giai đoạn trì hoãn (6–12 tuần) – khi máu bầm tan, mô viêm lắng:
- Tạo hình niệu đạo tận–tận đường tầng sinh môn (posterior urethroplasty) là tiêu chuẩn cho đa số ca gián đoạn sau chấn thương chậu.

- Vì sao không khâu ngay? Đứt do gãy chậu thường kèm tụ máu lớn, mô dập nát; khâu sớm dễ bục – sẹo xấu – hẹp dài. Đợi mô "chín" rồi sửa một lần cho xong sẽ tốt hơn.

6. Khi nào nên "nắn – đặt lại sớm"?

Nội soi nắn sớm (early endoscopic realignment) hữu ích khi:

- Bệnh nhân ổn định, có phương tiện nội soi;
- Gián đoạn ngắn, hai đầu không lệch xa;
- Đội hình có kinh nghiệm.

Lợi ích: đặt được ống qua niệu đạo, có thể giảm chiều dài hẹp về sau. Không bắt buộc; nếu điều kiện không thuận, SPC + sửa trì hoãn vẫn là con đường an toàn, kết quả lâu dài rất tốt.

7. Theo dõi & biến chứng – nói trước để không bất ngờ

- Hẹp niệu đạo (hay gặp nhất) → tiểu tia nhỏ, rặn, nhiễm tái; xử trí tùy độ dài: rạch nội soi (hẹp ngắn/đầu), tạo hình mở (hẹp dài/ tái phát).

- Rối loạn cương (đặc biệt chấn thương niệu đạo sau do gãy chậu) → đánh giá mạch–thần kinh, phục hồi chức năng, thuốc hỗ trợ.

- Tiểu không kiểm (ít hơn, liên quan tổn thương cơ thắt) → tập sàn chậu, điều trị chuyên biệt.

- Nhiễm trùng đường tiểu quanh ống → vệ sinh – thay ống đúng hạn.

- Lịch hẹn gợi ý:

- Sau đặt ống: 2–4 tuần kiểm tra, chụp RUG/ VCUG trước khi rút.

- Sau tạo hình: 3–6–12 tháng năm đầu, rồi hàng năm; hỏi tia tiểu, đo uroflow/PVR khi có thể.

8. Những "lỗi" hay gặp (và cách né)

- Thấy máu ở miệng sáo vẫn cố nhét ống → tạo đường giả, chảy máu nhiều. → RUG trước, nếu cần SPC.

- Không đặt dẫn lưu sớm → bàng quang căng, rò, nhiễm. → SPC ngay khi bí và nghi rách.

- Khâu vội niệu đạo sau trong giai đoạn cấp của gãy chậu. → Trì hoãn 6–12 tuần để sửa triệt để.

- Chỉ nong–rạch lặp lại cho hẹp dài/ tái phát nhiều lần. → Chọn tạo hình mở đúng thời điểm để có kết quả bền.

- Quên tư vấn chức năng (cương/tiểu không kiểm). → Nói trước, theo dõi chủ động, điều trị phục hồi.

9. Checklist 30 giây bỏ túi

- Máu ở miệng sáo / gãy chậu → nghi rách niệu đạo.

- Không nhét ống mù; RUG trước.

- Bí tiểu/không qua được → đặt ống trên xương mu.

- Niệu đạo trước: rách nhỏ → ống/ nội soi; rách lớn → khâu sớm (sạch) hoặc SPC → sửa muộn.

- Niệu đạo sau: SPC ± nắn sớm; tạo hình trì hoãn là chuẩn.

- Theo dõi hẹp – cương – kiểm soát tiểu có mốc.

10. Lời kết

Chấn thương niệu đạo nghe "ngại", nhưng xử trí rất có bài: nhận sớm – dẫn lưu sớm – phân loại đúng – sửa đúng lúc. Làm được như vậy, ta không chỉ giữ được dòng chảy, mà còn giữ được sự tự tin và chất lượng sống cho người bệnh sau một tai nạn đáng quên.

Chương 32. Gãy dương vật & đứt đoạn dương vật – cấp cứu và phục hồi chức năng

Có những ca vào phòng cấp cứu khiến cả ê-kíp "nín thở" vì… tiếng "rắc" mà bệnh nhân vừa nghe thấy. Gãy dương vật và nặng hơn là đứt đoạn dương vật là những tình huống như vậy. Đây không phải gãy xương, mà là rách bao trắng (tunica albuginea) của vật hang khi dương vật đang cương cứng; còn đứt đoạn là đứt rời một phần/hoàn toàn

thân dương vật. Điểm chung: xử trí nhanh, đúng bài sẽ cứu được chức năng – hình dạng – lòng tự tin.

1. Nhận diện ngay từ cửa cấp cứu

Gãy dương vật – "bộ tứ" kinh điển

- Nghe tiếng "rắc/ bụp" khi giao hợp hoặc bẻ dương vật lúc cương.
- Đau chói tức thì.
- Mất cương đột ngột.
- Sưng bầm biến dạng "quả cà tím"; trục cong lệch về phía đối diện vết rách.
- Máu ở lỗ tiểu/đái khó → nghĩ rách niệu đạo kèm (5–20%).

Đứt đoạn dương vật

- Chảy máu nhiều, đứt rời một phần/hoàn toàn.
- Phần đứt có/không mang theo da, niệu đạo.
- Sốc – hoảng loạn rất thường gặp.

Mẹo: trong mọi tình huống nghi ngờ, hãy coi như cần mổ ngay, đừng trì hoãn vì các xét nghiệm "cho đủ bộ".

2. Chẩn đoán "đủ dùng" – không làm rườm rà

- Lâm sàng thường đủ để quyết định mổ trong gãy dương vật điển hình.
- Siêu âm có thể giúp thấy tụ máu/ đường rách, nhưng không cần nếu dấu hiệu quá rõ.
- MRI đôi khi dùng khi lâm sàng không điển hình (hiếm trong cấp cứu).
- Chụp niệu đạo ngược dòng (RUG) khi nghi rách niệu đạo (máu miệng sáo/đái khó).

Nguyên tắc: Đừng để cận lâm sàng làm chậm quyết định mổ ở ca điển hình.

3. Gãy dương vật – mổ sớm là "thuốc giải"

Vì sao phải mổ?

Khâu bao trắng sớm giảm cong vẹo, mảng xơ, cải thiện cương về sau, giảm đau khi giao hợp. Băng ép – chườm lạnh – "chờ xem" không còn là chuẩn.

Kỹ thuật cốt lõi

- Rạch da vòng/ dọc để bộc lộ, lấy sạch máu tụ.
- Tìm chỗ rách bao trắng (thường ở thân giữa/quai vật hang), khâu kín 2 lớp bằng chỉ không tiêu/ tiêu chậm.
- Khảo sát niệu đạo; nếu rách → khâu niệu đạo tận–tận + đặt thông niệu đạo (hoặc ống trên xương mu tùy tổn thương).
- Kháng sinh ngắn, băng ép nhẹ sau mổ.

Thời điểm

- Trong 6–24 giờ là lý tưởng; trễ hơn vẫn mổ nhưng biến chứng tăng.

4. Đứt đoạn dương vật – nguyên tắc "CẤP CỨU + BẢO TỒN MỌI GIÁ"

Xử trí tại chỗ (tiền viện/tiếp nhận)

- Cầm máu ép, băng sạch.
- Không rửa cồn/ oxy già lên mô đứt.

- Bảo quản phần đứt: quấn gạc ẩm nước muối sinh lý, cho vào túi nylon sạch, đặt trên đá lạnh (đừng cho chạm trực tiếp vào đá).

- Ghi thời điểm đứt. Ischemia: ấm ~6–8 giờ, lạnh có thể 12–16 (đến 24) giờ.

Tại phòng mổ – vi phẫu là chìa khóa

- Cắt lọc tối thiểu, tái lập giải phẫu:

Urethra: khâu tận–tận, đặt thông lưu.

Vật hang: khâu bao trắng vững.

Mạch máu – tĩnh mạch lưng, động mạch: vi phẫu nối lại để tránh hoại tử da – rối loạn cương – mất cảm giác.

Thần kinh lưng: nối khi có thể.

- Kháng sinh dự phòng, chống uốn ván nếu vết bẩn.

- Nếu vi phẫu không khả thi (đến quá muộn/ mô dập nát): tạo hình tạm → tái tạo muộn.

5. Chăm sóc & phục hồi – "nửa chặng đường còn

lại”

Sau gãy dương vật (khâu bao trắng)

- Nghỉ giao hợp 4–6 tuần.
- Có thể dùng ức chế cương đêm ngắn hạn nếu đau (ví dụ: diazepam ban đêm vài ngày đầu; cá thể hóa).
- Băng ép 24–48h; thay băng mỗi ngày; giữ khô.
- Tái khám: 2–4 tuần, 3 tháng; đánh giá độ thẳng trục, đau, chức năng cương.

Sau tái nối/vi phẫu đứt đoạn

- Ống thông niệu đạo 10–14 ngày (tùy đường khâu); cystogram trước rút nếu khâu niệu đạo.
- Theo dõi tưới máu da phần tái ghép: màu sắc – ấm – chảy máu mao mạch; xử trí sớm nếu tụ máu/ thiếu máu/ hoại tử da.
- Phục hồi chức năng cương:

Giai đoạn đầu: ức chế cương đêm ngắn hạn để

bảo vệ đường khâu.

Giai đoạn hồi phục (6–12 tuần): thử PDE5i (sildenafil/ tadalafil) liều thấp theo dõi; cân nhắc thiết bị chân không nếu cần.

Tư vấn tâm lý – bạn tình: cực kỳ quan trọng để giảm sợ hãi – ám ảnh.

6. Biến chứng & cách "đỡ rủi ro"

- Cong/ lệch trục khi cương → mổ sửa nếu ảnh hưởng quan hệ (đợi mô ổn định ≥3–6 tháng).
- Mảng xơ vật hang (giống Peyronie thứ phát) → kéo giãn, thuốc hỗ trợ, can thiệp chọn lọc.
- Rối loạn cương: thường cải thiện dần; dùng PDE5i/ VAC; hiếm khi cần cấy thể hang muộn.
- Rò – hẹp niệu đạo sau khâu niệu đạo → rạch nội soi hoặc tạo hình tùy mức.
- Giảm cảm giác quy đầu/ da sau vi phẫu → thường hồi phục một phần theo thời gian.

7. Những "bẫy" cần tránh

- Chườm lạnh – băng ép – đợi trong gãy dương vật điển hình → trễ mổ, cong vẹo cao. → Mổ sớm khâu bao trắng là điều trị chuẩn.

- Giặt rửa mạnh phần đứt hoặc nhét trực tiếp vào đá → hủy mô. → Gạc ẩm – túi kín – đặt trên đá.

- Quên tầm soát niệu đạo (máu miệng sáo/ bí tiểu) → bỏ sót rách niệu đạo. → RUG khi nghi ngờ; khâu kèm nếu rách.

- Đặt băng quá chặt sau mổ → thiếu máu da. → Băng vừa phải, kiểm tra tưới máu.

- Tư vấn quá lạc quan/ quá bi quan. → Nói thật – cụ thể – có mốc: đa số giao hợp lại được, có thể còn cong nhẹ, cương cải thiện dần.

8. Checklist 30 giây

- "Rắc" + đau + mất cương + cà tím ⇒ nghĩ gãy dương vật → mổ sớm.

- Máu miệng sáo/đái khó ⇒ nghi rách niệu đạo → RUG.

- Đứt đoạn ⇒ cầm máu – bảo quản phần đứt

đúng cách – gọi vi phẫu.

- Khâu bao trắng/ tái nối xong ⇒ kiêng giao hợp 4–6 tuần, băng ép.

- Đánh giá cương – thẳng trục – tiểu tiện theo mốc 2–4 tuần, 3 tháng, 6–12 tháng.

9. Lời kết

Gãy dương vật và đứt đoạn dương vật là cấp cứu "ít gặp nhưng nặng". Công thức thắng lợi rất giản dị: nhận ra nhanh – mổ sớm – khâu đúng – chăm kỹ – phục hồi có kế hoạch. Làm được thế, ta giữ lại chức năng, giữ lại hình dạng, và quan trọng hơn, giữ lại sự tự tin cho người đàn ông vừa trải qua một trong những tai nạn "đau cả xác lẫn lòng".

Chương 33. Chấn thương tinh hoàn; mất da bìu – dương vật: che phủ & bảo tồn

Trong phòng cấp cứu, chấn thương tinh hoàn và bìu là một trong những ca "nhìn qua tưởng nhỏ, làm sai là hối cả đời". Bởi vì, khác với những cơ quan ẩn sâu, bìu – tinh hoàn – dương vật là nơi mang cả sinh lý, thẩm mỹ và lòng tự tôn của người đàn ông. Giữ được hay không, không chỉ là giữ một bộ phận, mà

là giữ lại lòng tự tin, sự toàn vẹn và cảm giác làm người trọn vẹn.

1. Khi tai nạn xảy ra – nhận diện đúng để không bỏ lỡ "thời gian vàng"

Nguyên nhân thường gặp:

- Chấn thương trực tiếp (tai nạn thể thao, lao động, xe máy, bị đá, ngã dạng chân).
- Tai nạn giao thông vùng chậu – đùi.
- Vết thương xuyên (dao, mảnh kính, súng).
- Bỏng, xạ trị, hoại tử do nhiễm khuẩn nặng (như Fournier).

Triệu chứng báo động:

- Sưng đau bìu tăng nhanh, bầm tím lan rộng.
- Mất ranh giới hai tinh hoàn, sờ không thấy rõ.
- Đau dữ dội – buồn nôn – chóng mặt (do phản xạ thần kinh).
- Chảy máu qua vết thương, lộ mô trắng (nghi

vỡ bao trắng tinh hoàn).

- Thiếu máu/hoại tử da bìu sau bỏng, nhiễm, chấn thương ép lâu.

Nguyên tắc: *Đau bìu sau chấn thương + sưng nhanh + bầm tím lan rộng = nghi vỡ tinh hoàn cho đến khi chứng minh ngược lại.*

2. Cận lâm sàng "vừa đủ" – đừng chờ quá lâu

- Siêu âm Doppler bìu: tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán.
- Bao trắng rách, mất vỏ đều tinh hoàn, tụ máu trong nhu mô → vỡ thật.
- Không thấy dòng chảy máu → nghi thiếu máu, xoắn, dập nặng.
- CT vùng chậu: chỉ dùng khi đa chấn thương hoặc nghi tổn thương lan rộng.
- Xét nghiệm: tổng trạng, công thức máu, đánh giá sốc và nguy cơ nhiễm.

Không cần chờ phim đẹp mới mổ: chỉ cần nghi vỡ mà tình trạng sưng đau, máu tụ nhiều → mổ

thám sát bìu sớm là chuẩn.

3. Phẫu thuật cấp cứu – "mở đúng, lấy đủ, giữ tối đa"

A. Vỡ tinh hoàn

Nguyên tắc: Bảo tồn tối đa mô tinh hoàn, khâu lại bao trắng kín, loại bỏ mô hoại tử, dẫn lưu sạch.

Các bước tóm tắt:

1. Gây tê/ mê → mở dọc bìu.
2. Hút sạch máu tụ, rửa sạch.
3. Khâu bao trắng (tunica albuginea) bằng chỉ Vicryl 4/0, mũi rời, không căng.
4. Nếu bao rách rộng, vá bằng mảnh bao tinh hoặc mạc nông bìu.
5. Nếu tinh hoàn dập nát >50%, hoại tử, không thể bảo tồn → cắt bỏ tinh hoàn (orchiectomy), nhưng giữ lại màng bìu, đặt bóng giả sau khi lành.
6. Dẫn lưu Penrose hoặc Redon 24–48h.

Kinh nghiệm: nếu còn mạch máu đến và mô hồng, hãy cố giữ – tinh hoàn có sức hồi phục đáng kinh ngạc.

B. Chấn thương bìu – mất da bìu

Khi da bìu bị rách, bong, hoại tử, ưu tiên che phủ nhanh để:

- Giữ ấm tinh hoàn (tránh teo do lạnh).
- Bảo vệ khỏi nhiễm trùng.
- Giảm đau và nguy cơ dính mô.

Nguyên tắc che phủ:

1. Nếu mất da nhỏ → khâu trực tiếp/ ghép da tại chỗ.
2. Nếu mất da lớn, hai tinh hoàn lộ ra:

Có thể ghép da mỏng tự thân (đùi trong, bụng dưới).

Hoặc vạt da trượt từ vùng bẹn, mông, đùi trong.

Khi mô nhiễm, nên rửa sạch – kháng sinh – dẫn lưu – che phủ tạm bằng gạc ẩm vô trùng rồi ghép

sau 48–72h.

Lưu ý:

- Nếu bìu mất toàn bộ, tạo "bìu mới" bằng vạt da đùi hai bên, để hai tinh hoàn trong cùng khoang, có lớp mỡ đệm.
- Giữ nhiệt độ vùng bìu ổn định để bảo tồn chức năng sinh tinh.

C. Mất da dương vật

- Nếu da còn đủ mô mềm quanh gốc, có thể kéo da mu – da bìu lên che phủ (vạt trượt).
- Nếu mất rộng:
- Vạt da đùi trong hoặc vạt mạch xuyên bụng dưới (superficial epigastric flap).
- Khi ổn định → tạo hình thẩm mỹ giai đoạn 2.
- Tránh băng ép chặt, giữ thông tiểu tốt, thay băng ẩm vô trùng hằng ngày.

4. Phòng và xử trí nhiễm hoại tử Fournier – "kẻ

thù thầm lặng"

Một số ca tưởng chỉ sưng bìu, vài ngày sau da tím đen, mủ thối, sốt cao – đó là hoại tử bìu cấp tính (Fournier's gangrene).

- Xử trí cấp cứu:

    1. Cắt lọc toàn bộ mô hoại tử đến khi chảy máu tươi.

    2. Dẫn lưu – kháng sinh phổ rộng, phối hợp (carbapenem + clindamycin).

    3. Điều chỉnh đường máu, dịch, điện giải.

    4. Khi ổn → ghép/ vạt da tái tạo.

- Đây là cuộc đua giữa dao mổ và vi khuẩn, chậm một giờ là mất một mạng.

5. Chăm sóc sau mổ – giữ "dòng sống" êm trở lại

- Kháng sinh & giảm đau: theo nguy cơ nhiễm, 5–7 ngày.

- Giữ ống dẫn lưu sạch, theo dõi màu dịch.

- Băng nhẹ, khô, không bó ép.

- Tập vận động nhẹ sau 24h để máu lưu thông.
- Kiểm tra dòng tiểu, loại trừ hẹp hay rò niệu đạo kèm theo.
- Theo dõi tinh hoàn còn lại: siêu âm Doppler sau 2–4 tuần.
- Hẹn tái khám 1 – 3 – 6 tháng: đánh giá thẩm mỹ, đau, chức năng sinh dục.
- Tư vấn tâm lý: giúp bệnh nhân đối mặt, nhất là người trẻ.

6. Nguyên tắc vàng – "giữ người, không chỉ giữ mô"

- Bảo tồn tối đa tinh hoàn và mô sống.
- Che phủ sớm – ấm – sạch.
- Không để mô trần quá 48 giờ.
- Luôn kiểm tra vùng hoại tử lan.
- Tái tạo từng giai đoạn.
- Đừng quên tinh thần bệnh nhân.

Một câu nói nhẹ, một lời hứa về phục hồi, đôi khi cứu lòng họ trước khi cứu thân.

7. Câu chuyện nhỏ – bài học lớn

Có một bệnh nhân của tôi, 28 tuổi, bị tai nạn máy kéo – mất gần hết da bìu, tinh hoàn lộ ra. Anh nhìn xuống, khóc không thành tiếng. Chúng tôi cắt lọc, ghép da, giữ được hai tinh hoàn. Sáu tháng sau, anh đến tái khám, mang theo tấm hình con trai đầu lòng. Anh bảo:

"Bác sĩ không chỉ cứu chỗ đó của tôi, mà cứu cả cuộc đời tôi."

Tôi vẫn nhớ câu đó. Nó nhắc rằng, trong nghề niệu, có những thứ không nằm trong giáo trình, nhưng nằm trong nhân tính.

8. Lời kết

Chấn thương tinh hoàn – bìu – dương vật là bài thi của kỹ năng, sự tỉ mỉ, và lòng nhân hậu. Mỗi đường khâu không chỉ nối lại mô, mà còn nối lại tự trọng và hy vọng. Làm đúng kỹ thuật là trách nhiệm; Làm bằng cả tấm lòng đó là nghệ thuật của người thầy thuốc.

Phần VII. CẤP CỨU TIẾT NIỆU

Nếu những phần trước của cuốn sách giống như những dòng sông êm – nơi ta thong thả học giải phẫu, sinh lý, triệu chứng – thì Phần VII là lúc nước gặp ghềnh: cấp cứu tiết niệu. Ở đây, thầy thuốc phải vừa giữ bình tĩnh của người chèo, vừa ra quyết định nhanh của người chỉ huy: "cứu đường nước trước, làm đẹp tính sau".

Tôi vẫn nhắc: cấp cứu tiết niệu không phải chỉ là kỹ thuật, mà là thái độ. Thái độ ấy gói trong 5 chữ: An toàn – Giải áp – Kháng sinh/giảm đau – Tìm nguyên nhân – Theo dõi có mốc. Ta không "đoán hay", ta làm đúng.

Phần này gồm tám tình huống hay gặp, thậm chí rất hay gặp ở khoa cấp cứu: cơn đau quặn thận, bí tiểu cấp, vô niệu, suy thận cấp & mạn, tiểu máu đại thể, sốc nhiễm khuẩn tiết niệu, cương đau kéo dài, và hoại thư Fournier. Mỗi thứ có "mùi" riêng, nhưng đều chung một cốt lõi: không để dòng nước và dòng máu bị tắc, không để vi khuẩn thắng thời gian.

Dưới đây là bức tranh tổng quan dung dị mà đủ

dùng để khi bước vào từng chương, bạn đã có sẵn "bản đồ trong đầu".

1. Cơn đau quặn thận – tiếng kêu của niệu quản khi bị kẹt

Hình ảnh quen thuộc: bệnh nhân ôm hông lưng, đau quặn từng cơn lan xuống bẹn, bứt rứt không nằm yên, buồn nôn/vã mồ hôi, có khi đái máu. Đa số do sỏi kẹt tại ba "nút thắt" tự nhiên của niệu quản. Nhưng đừng chỉ nghĩ sỏi: cục máu, hẹp, khối chèn, thai ngoài tử cung (ở phụ nữ đau bụng – hông) đều có thể "giả sỏi".

Việc đầu tiên: giảm đau – chống nôn – truyền dịch vừa phải. Giảm đau tốt vừa nhân văn, vừa chẩn đoán: đau sỏi "hạ nhiệt" rõ với NSAID/opiates hợp lý. Rồi siêu âm tìm ứ nước; có điều kiện, CT-KUB liều thấp là chuẩn vàng xác định kích thước – vị trí – mật độ sỏi.

Triết lý của chương 34:

- Không ép uống nước khi đang tắc + nghi nhiễm (dễ làm nặng).
- Theo dõi tống sỏi có mốc: kích thước $\leq$5–6

mm, vị trí thấp → có thể theo dõi; lớn hơn/đau không kiểm soát/ ứ nặng → can thiệp.

- Cờ đỏ cần giải áp ngay: sốt, đơn thận/ thận độc nhất, suy thận, đau không chịu nổi.

2. Bí tiểu cấp – khoảnh khắc dòng nước ngừng thở

Không gì khẩn như người bệnh bí căng: mặt nhăn, trán toát mồ hôi, bụng dưới cứng như trống. Đừng đứng giảng giải dài dòng, hãy đặt ống thông (nhẹ tay, vô khuẩn). Khi nghi rách niệu đạo (máu ở miệng sáo, gãy chậu, tuyến tiền liệt sờ "cao"), dừng lại và chọn ống trên xương mu.

Sau khi nước chảy được rồi mới từ tốn hỏi tại sao: BPH? Thuốc (kháng cholinergic, opioid)? Hẹp niệu đạo? Bàng quang lười co (thần kinh, đái tháo đường)? Chương 35 đưa thuật toán PVR – uroflow – DRE – siêu âm để phân tầng cấp vs mạn, tắc vs giảm co bóp, rồi kế hoạch cai ống có mốc.

Nhớ: giải áp không phải xong việc, mà là mở cửa để điều tra. Người bệnh cần lịch hẹn rõ, không để chiếc ống trở thành… số phận.

3. Vô niệu – khi ly nước buổi sáng cũng thành xa xỉ

Vô niệu đáng sợ vì đánh thẳng vào homeostasis. Nhưng vô niệu không phải lúc nào cũng do thận "chết". Ba nhóm lớn: trước thận (thiếu máu/thiếu dịch), tại thận (hoại tử ống, viêm cầu thận…), hậu thận (tắc hai bên/ đơn thận).

Ở cấp cứu, điều đầu tiên là loại trừ "hậu thận" – vì giải áp có thể cứu thận ngoạn mục. Siêu âm giường bệnh thấy ứ nước hai bên hoặc thận độc nhất ứ nước → đặt JJ/PCN tùy bối cảnh. Nếu không ứ nước, nghĩ trước thận/ tại thận: bù dịch, xét nghiệm, hội chẩn thận học.

Chương 36 dạy ta một thói quen quý: đứng trước vô niệu, đừng vội bi quan; tìm tắc trước, vì đó là thứ ta can thiệp được ngay.

4. Suy thận cấp & mạn – nhận diện nhanh, chọn cửa "lọc" đúng lúc

Suy thận cấp (AKI) có thể đến sau sốc, nhiễm, thuốc cản quang, tắc nghẽn. Suy thận mạn (CKD) lại âm thầm, chỉ bật dậy khi có nhiễm – mất nước – tắc. Ở cấp cứu, ta không tranh luận dài về nguyên

nhân trước khi ổn định nội môi: kiểm soát kali, toan, phù phổi, nhiễm.

Chỉ định lọc máu tạm thời (AEIOU) là điểm mấu chốt của chương 37: Acidosis nặng, Electrolyte (K+ cao), Ingestions (ngộ độc), Overload (phù phổi), Uremia (viêm màng ngoài tim, bệnh não). Nhưng nhớ: nếu hậu thận, giải áp trước rồi hãy bàn đến lọc. Lọc máu không mở đường bị kẹt.

Chương này cũng nhắc cách phân biệt AKI trên nền CKD bằng tiền sử, siêu âm thận nhỏ/ vỏ mỏng, và cách giao tiếp để người bệnh hiểu rằng lọc máu đôi khi chỉ là cầu tạm, khi cửa tắc chưa mở.

5. Tiểu máu đại thể – đừng xuề xòa với màu đỏ

Nước tiểu đỏ là lá cờ. Người bệnh sợ, bác sĩ cũng phải tôn trọng nỗi sợ này. Phân tầng nguy cơ dựa vào tuổi, hút thuốc, tiền sử nghề nghiệp, triệu chứng kèm. Máu toàn bãi lặp lại ở người nguy cơ không bao giờ được dán nhãn “viêm nhẹ”: cần nội soi bàng quang và hình ảnh đường niệu trên.

Ở cấp cứu, đông máu bàng quang gây bí tiểu là tình huống thực chiến: đặt sonde 3 chạc, rửa bàng quang liên tục, truy tìm nguồn chảy, cân nhắc nội

soi cầm máu. Chương 38 sẽ đưa lộ trình từ cửa cấp cứu đến khám chuyên khoa để tránh điều đáng tiếc nhất: bỏ sót u bàng quang giai đoạn sớm.

6. Sốc nhiễm khuẩn tiết niệu – cuộc đua của giờ đầu

Không có chương nào "nóng tay" như chương 39. Sốc nhiễm khuẩn do tiết niệu thường đến từ tắc + nhiễm (sỏi kẹt, u, hẹp). Người bệnh sốt rét run – tụt huyết áp – lơ mơ; nước tiểu có khi chẳng đỏ, nhưng mùi và đau hông nói hộ.

Ba mũi giáo đồng thời:

1. Kháng sinh tĩnh mạch phổ rộng ngay sau khi lấy cấy.

2. Hồi sức dịch/ vận mạch theo sepsis bundle.

3. GIẢI ÁP KHẨN: JJ hoặc PCN – cái nào làm nhanh và an toàn hơn ở nơi bạn đứng, hãy chọn cái đó.

Nhớ câu chốt: kháng sinh không đi qua được chỗ tắc; giải áp mới là "đường tiếp tế". Chương 39 cũng bàn về phối hợp đội hình (Niệu – Hồi sức – Chẩn

đoán hình ảnh) và các bẫy như “vòng lặp chờ CT đẹp rồi mới đặt JJ”.

7. Cương đau dương vật kéo dài (priapism) – khi dòng máu mắc kẹt trong hang

Đây là cấp cứu “nhỏ mà không nhỏ”: đau, sợ, và để lâu thì hỏng. Phân loại thiếu máu (low-flow/ischemic) và không thiếu máu (high-flow) là chìa khóa. Ischemic priapism là đồng hồ đếm ngược: sau 4–6 giờ, mô bắt đầu tổn thương; sau 24 giờ, nguy cơ mất chức năng cương rất cao.

Quy trình cấp cứu (chương 40): gây tê, chọc hút máu đen, rửa, tiêm alpha-agonist (phenylephrine) theo phác đồ; thất bại → shunt. High-flow thường do chấn thương, ít đau, có thể theo dõi – can thiệp mạch chọn lọc khi cần. Điều quan trọng là đừng để người bệnh ngại mà đến muộn: ta phải giải thích thẳng – đơn giản – không phán xét.

8. Hoại thư Fournier – “con thú dữ” vùng đáy chậu

Fournier không hỏi tên tuổi: từ đái tháo đường, nghiện rượu, suy giảm miễn dịch, đến những người chỉ vì vết trầy nhỏ. Khi đã tím – phồng rộp – mùi

thối – sốt cao – đau vượt mức bề ngoài, hãy coi như cấp cứu phẫu thuật.

Ba trụ cột (chương 41):

- Debridement sớm, rộng, triệt – dao mổ đi trước kháng sinh.
- Kháng sinh phổ rộng liều cao, phối hợp.
- Hồi sức: dịch, vận mạch, kiểm soát đường máu, dinh dưỡng.

Sau khi thắng được "hiểm họa đầu", mới bàn đến che phủ – tạo hình. Đây là chương dạy ta khiêm nhường với thời gian: chậm là thua.

Một "bản nhạc nền" cho cả phần: quy trình 5 bước

Tôi đề nghị bạn mang theo bản nhạc 5 bước này trong mọi ca cấp cứu tiết niệu:

1. Nhìn sinh hiệu trước, nhìn siêu âm sau: Mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO_2, tri giác. Không sinh hiệu, mọi thứ khác vô nghĩa.

2. Làm dịu cái đau – vừa nhân văn vừa chẩn

đoán. Đau được kiểm soát tốt giúp bộc lộ triệu chứng thật và hợp tác điều trị.

3. Mở đường nước khi kẹt – mở đường máu khi nhiễm JJ/PCN/sonde 3 chạc/SPC – hãy chọn cái nhanh – an toàn – sẵn có.

4. Xét nghiệm & hình ảnh "đúng câu hỏi"

Mỗi xét nghiệm phải trả lời một quyết định (có tắc không? có chảy máu đang hoạt động không? có ứ nước hai bên không?).

5.Hẹn mốc – viết xuống – gọi lại

Cấp cứu chỉ giải quyết nửa đầu. Nửa sau là theo dõi có lịch, nhắc bệnh nhân quay lại đúng hẹn: đo PVR, kiểm tra tống sỏi, soi bàng quang, đánh giá chức năng thận…

Những "bẫy" kinh điển trong cấp cứu tiết niệu (và cách né)

- Ép uống nước khi đang đau quặn + sốt → áp lực tăng, nhiễm nặng hơn. Né: giải áp trước.
- Cứu đau mà quên chẩn đoán → cho bệnh nhân về không mốc hẹn. Né: ghi kế hoạch theo

dõi rõ.

- Tin CT thường mà bỏ cystography trong nghi vỡ bàng quang. Né: CT cystography khi gãy chậu + đái máu.

- Cố nhét ống niệu đạo khi có máu miệng sáo. Né: RUG hoặc SPC.

- Chờ mpMRI đẹp trong sốc nhiễm. Né: kháng sinh TM + GIẢI ÁP ngay.

- Ngại nói chuyện thẳng về priapism nên bệnh nhân đến muộn. Né: nói đơn giản, khẩn thiết ngay từ đầu.

- Đánh giá thấp một mảng tím – đau vùng bìu. Né: nghĩ Fournier, mời Ngoại – HSTC, đi mổ sớm.

Lời dặn cho người mới trực

- Bỏ túi siêu âm cầm tay: nhìn bàng quang căng, nhìn thận ứ, nhìn dịch quanh. Nó không thay thế CT, nhưng cứu bạn trong giờ đầu.

- Học cách đặt SPC, đặt 3 chạc, chọc JJ trong đêm: kỹ năng này giảm số bệnh nhân "đợi

sáng”.

- Viết một tờ A4 “phác đồ cấp cứu niệu” dán tường: ai trực cũng nhìn thấy – làm đúng cùng nhau.

- Đừng để người bệnh đau một mình: cho thuốc sớm, giải thích ngắn mà ấm.

- Nhớ gọi lại: một cuộc điện thoại sau 24–48 giờ đôi khi cứu một biến chứng.

9. Kết – nghề của dòng chảy, nhất là lúc xoáy

Cấp cứu tiết niệu dạy ta điềm tĩnh trước tiếng kêu của cơ thể. Mỗi cơn đau, mỗi giọt máu, mỗi đêm không ngủ của bệnh nhân đều có lý do. Việc của ta là mở đúng chỗ, đóng đúng lúc, nói đúng lời.

Đi hết Phần VII, bạn sẽ nắm được điểm rơi của từng tình huống:

- Đau quặn: giảm đau – hình ảnh – theo dõi tống sỏi.

- Bí tiểu: đặt ống đúng cách – tìm nguyên nhân – kế hoạch cai ống.

- Vô niệu: soi “hậu thận” trước – giải áp khi tắc.
- Suy thận: nhận diện – chỉ định lọc – nhưng đừng quên mở đường nước.
- Tiểu máu: phân tầng – khi nào phải soi ngay.
- Sốc nhiễm: kháng sinh + GIẢI ÁP là “song kiếm”.
- Priapism: đồng hồ đếm ngược – chọc hút/ tiêm thuốc đúng phác đồ.
- Fournier: dao mổ đi trước kháng sinh – không do dự.

Cuối cùng, xin để lại một câu – như một nút thắt của phần này:

“Trong cấp cứu tiết niệu, cứu người là cứu dòng chảy. Mở lối cho nước – máu – khí – thuốc đi đúng đường, rồi kiên nhẫn đưa người bệnh quay về đời thường.”

Ta bắt đầu vào chương 34 – cơn đau quặn thận – tiếng kêu quen thuộc nhất của nghề niệu, nơi một

mũi tiêm giảm đau tốt và một quyết định giải áp đúng lúc có thể đổi cả một đêm trắng thành một buổi sáng bình yên.

Chương 34. Cơn đau quặn thận – giảm đau – chống nôn – chẩn đoán hình ảnh – theo dõi tống sỏi

1. Bức tranh lâm sàng "điển hình nhưng không tầm thường"

- Đau quặn vùng hông lưng, lan về bụng dưới/bẹn/bìu môi lớn, từng cơn, người bệnh không nằm yên.
- Buồn nôn/nôn, vã mồ hôi, có thể đái máu.
- Thường khởi phát đột ngột sau vận động, uống ít nước, trời nóng.

Ghi nhớ: "Quặn" nghĩa là niệu quản co thắt vì bị kẹt (sỏi/cục máu/hẹp), chứ không phải thận "đau". Không phải đau hông nào cũng là sỏi. Thai ngoài tử cung, viêm ruột thừa, phình tách ĐMC, viêm tụy, viêm bể thận… có thể "mượn" mặt nạ quặn thận. Đừng bỏ khám bụng – mạch – HA.

2. Sơ cứu tại giường: làm dịu trước, soi xét sau

2.1 Giảm đau (vừa nhân văn vừa chẩn đoán)

- NSAID (ưu tiên hàng đầu nếu không chống chỉ định):

Ketorolac 10–30 mg IV/IM, hoặc *Diclofenac* 75 mg IM.

Ưu điểm: giảm áp lực trong đài–bể, bớt co thắt.

Tránh/giảm liều: suy thận, loét–xuất huyết tiêu hóa, dị ứng NSAID.

- Opioid (khi đau không đáp ứng/NSAID chống chỉ định): *Morphin* 2–4 mg IV nhắc lại theo đáp ứng, hoặc *Tramadol* 50–100 mg IV/PO.

- Giãn cơ trơn có thể hỗ trợ (tùy thói quen trung tâm).

Đau "hạ nhiệt" rõ sau NSAID là gợi ý khá tốt cho đau do tắc cơ học (sỏi).

2.2 Chống nôn – bù dịch "vừa đủ"

- *Metoclopramide 10mg IV hoặc Ondansetron*

4mg IV khi nôn nhiều.

- Dịch truyền: bù thiếu dịch, không ép ồ ạt; mục tiêu là đủ để tuần hoàn ổn, nước tiểu chảy.

Tránh "uống thật nhiều cho ra sỏi" trong giai đoạn đau + nghi tắc + có sốt → dễ làm nặng.

2.3 Xét nghiệm cơ bản

- Tổng phân tích nước tiểu (hồng cầu, bạch cầu, nitrit), cấy nếu sốt/đau kiểu nhiễm.
- Creatinin, ure, điện giải, công thức máu.
- β-hCG cho mọi phụ nữ tuổi sinh sản (không bỏ sót thai ngoài tử cung).

3. Hình ảnh: chọn đúng thứ để trả lời đúng câu hỏi

3.1 Siêu âm tại giường

- Tìm ứ nước (giãn đài–bể), quan sát bàng quang, đo tồn dư.
- Ưu: nhanh, an toàn; Nhược: không thấy sỏi

nhỏ/đoạn giữa niệu quản, không xác định được kích thước–mật độ sỏi.

3.2 CT không cản quang (CT-KUB) – "chuẩn vàng thực dụng"

- Trả lời có sỏi không, ở đâu, to bao nhiêu, mật độ khoảng mấy HU, có dấu tắc không.
- Dùng liều thấp khi có thể.
- Tránh muộn ở thai kỳ; cân nhắc MRI/siêu âm thay thế.

3.3 Khi nào dùng cản quang?

- Nghi biến chứng/khác chẩn đoán (u, rò, xoắn). Với đau quặn thận điển hình, CT-KUB không cản là đủ.

4. Đánh giá "tống sỏi": kích thước, vị trí, tình trạng

4.1 Kích thước

- ≤ 5 mm: đa số tự ra (thường trong 2–4 tuần).

- 5–10 mm: cơ hội tự ra giảm dần theo kích thước.
- >10 mm: hiếm khi tự ra → đặt JJ/URS/ ESWL tùy vị trí & điều kiện.

4.2 Vị trí

- Niệu quản đoạn dưới (gần bàng quang): tỉ lệ tự ra cao hơn so với đoạn trên.
- Nút "UPJ–bắt chéo mạch chậu–UVJ": hay kẹt.

4.3 Tình trạng kèm theo (cờ đỏ)

- Sốt/ớn lạnh, đau + bạch cầu tăng → nghĩ tắc + nhiễm ⇒ ưu tiên giải áp (JJ/PCN) + kháng sinh TM.
- Đơn thận/ thận độc nhất, song phương, suy thận cấp → giải áp.
- Đau không kiểm soát, nôn không ăn uống được → nhập viện/can thiệp.

5. Chiến lược điều trị: theo bậc thang

5.1 Điều trị nội bảo tồn (Medical Expulsive Therapy – MET)

- Alpha-blocker (ví dụ *Tamsulosin* 0,4 mg uống buổi tối) có thể giúp tống sỏi đoạn dưới (đặc biệt 5–10 mm).
- Giảm đau khi cần, uống đủ nước (khi không có sốt/nhiễm).
- Vận động nhẹ; hướng dẫn lọc nước tiểu để lấy sỏi làm xét nghiệm thành phần.
- Theo dõi có mốc (xem mục 6).

MET không áp dụng khi có nhiễm, suy thận, đau không kiểm soát, đơn thận bị tắc.

5.2 Can thiệp

- Đặt JJ: nhanh, ít xâm lấn, giải áp tắc; thích hợp tắc + nhiễm, đau dai dẳng, suy thận.
- PCN (dẫn lưu thận qua da): chọn khi không đặt JJ được, giải áp nhanh ở nhiễm nặng, giải phẫu khó.
- URS (nội soi niệu quản tán sỏi): hiệu quả

cho sỏi đoạn giữa–dưới, kích thước vừa–lớn.

- ESWL (tán sỏi ngoài cơ thể): hợp sỏi nhỏ–vừa, đài–bể/niệu quản trên, không nhiễm, không béo phì quá mức.

- PCNL: cho sỏi thận lớn/phức tạp (chuyển chương sỏi).

6. Theo dõi ngoại trú "có mốc" – đừng để bệnh nhân tự bơi

Áp dụng cho ca không có cờ đỏ, sỏi ≤ 10 mm, đau kiểm soát tốt

- 48–72 giờ: gọi/khám lại → đánh giá đau, sốt, nôn, hướng dẫn uống nước vừa, lọc sỏi.

- 7–10 ngày: siêu âm xem còn ứ nước; nếu còn đau/ứ nhiều → cân nhắc CT lại/ can thiệp.

- 2–4 tuần: nếu chưa ra và còn triệu chứng → đổi chiến lược (đặt JJ/URS/ESWL).

- Dặn: sốt, rét run, bí tiểu, đau tăng → tới viện ngay.

Đừng "để đó xem sao" không thời hạn. Không có

mốc = bỏ sót biến chứng.

7. Kháng sinh: khi nào và thế nào?

- Không sốt/không bạch cầu niệu đáng kể: không cần kháng sinh.
- Có sốt, bạch cầu niệu, nitrit hoặc nghi tắc + nhiễm: kháng sinh TM sớm (phổ theo địa phương) sau khi đã lấy cấy + GIẢI ÁP (JJ/ PCN).
- "Kháng sinh mà không giải áp" trong tắc + nhiễm = bạn đang tưới thuốc vào bờ tường.

8. Tư vấn người bệnh – nói điều họ cần để đỡ sợ

- Cơn quặn rất đau nhưng thường không nguy hiểm nếu không sốt và thận còn thông.
- Cờ đỏ phải quay lại: sốt/ớn lạnh, buồn nôn không ăn uống được, đau tăng, tiểu bí/giảm hẳn nước tiểu, người đơn thận.
- Uống nước vừa đủ (nước tiểu vàng nhạt là được), không ép, vận động nhẹ.
- Lọc sỏi khi đi tiểu để phân tích thành phần

→ phòng tái phát.

- Nói trước về nguy cơ tái phát và cách phòng (uống đủ nước, điều chỉnh muối/đạm, tầm soát rối loạn chuyển hóa – chuyển sang chương sỏi).

9. Bẫy thường gặp (và cách né)

1. Ép uống nước trong tắc + sốt → tăng áp lực, nhiễm nặng. → Giải áp + kháng sinh trước, bù dịch có kiểm soát.

2. Gán mọi đau hông = sỏi → bỏ sót thai ngoài tử cung/viêm ruột thừa/phình tách ĐMC. → Khám bụng–sinh hiệu, hCG cho phụ nữ, CT khi nghi ngờ.

3. Cho thuốc giảm đau rồi cho về không mốc hẹn. → Đặt lịch rõ: 48–72h, 7–10 ngày, 2–4 tuần.

4. Dựa siêu âm âm tính rồi… yên tâm. → CT-KUB khi lâm sàng gợi ý mạnh mà siêu âm chưa rõ.

5. Kháng sinh "phòng xa" cho tất cả. → Chỉ dùng khi có nhiễm. Lạm dụng = kháng thuốc.

6. Quên chức năng thận/đơn thận. → Luôn creatinin và hỏi thận độc nhất; tắc ở đơn thận = giải áp ngay.

10. Checklist 30 giây trong trực

- Giảm đau (NSAID ± opioid), chống nôn, bù dịch vừa.
- Nước tiểu (tổng phân tích ± cấy), máu cơ bản, hCG khi cần.
- Siêu âm tại giường; CT-KUB xác định.
- Cờ đỏ? (sốt, đơn thận, suy thận, đau không kiểm soát) → GIẢI ÁP (JJ/PCN) + kháng sinh.
- Không cờ đỏ, sỏi ≤ 10 mm → MET + theo dõi có mốc.
- Dặn quay lại ngay khi có sốt/đau tăng/bí tiểu.

11. Kết: Cơn quặn thận là tiếng chuông: ta chọn nghe thế nào

Nghe đúng: ta giảm đau nhanh, xác định sỏi bằng hình ảnh phù hợp, nhận diện cờ đỏ và mở đường

khi cần. Nghe nhầm: ta ép nước, kê kháng sinh bừa, hẹn mập mờ, để người bệnh quay lại trong nhiễm trùng huyết hoặc suy thận.

Công thức đẹp cho một đêm trực yên bình: "Giảm đau tốt – Chụp đúng – Không bỏ cờ đỏ – Theo dõi có mốc – Mở kịp khi kẹt." Làm được vậy, sáng mai bạn và bệnh nhân đều… dễ thở hơn.

Chương 35. Bí tiểu cấp – Giải áp trước rồi tìm nguyên nhân sau

1. Cảnh tượng kinh điển: nỗi khổ không ai quên

Một người đàn ông trung niên vào viện, hai tay ôm bụng dưới, mặt nhăn nhó, mồ hôi nhễ nhại: "Bác sĩ ơi, tôi muốn đi tiểu mà không được!" Bụng dưới căng, nổi gò, gõ vang. Đó là bí tiểu cấp – một trong những cấp cứu niệu học quen thuộc nhất, cũng dễ xử trí nhất *nếu làm đúng thứ tự*.

Thứ tự ấy chỉ có ba bước: (1) Giải áp trước – (2) Tìm nguyên nhân – (3) Lập kế hoạch theo dõi & rút ống. Đơn giản vậy thôi, nhưng làm sai hoặc đảo ngược thứ tự là biến một đêm trực yên thành… ác mộng.

2. Đầu tiên: Nhận diện nhanh, không cần suy diễn

Triệu chứng kinh điển:

- Căng tức vùng hạ vị, không đi tiểu được.
- Buồn tiểu rõ nhưng không ra giọt nào, có thể đau quặn bụng dưới.
- Một số người đái rỉ từng giọt (bí tiểu không hoàn toàn).
- Có thể vã mồ hôi, nôn nao, vật vã, nhất là người lớn tuổi.

Khám:

- Bụng dưới tròn – căng – gõ vang – ấn đau.
- Thăm trực tràng: tuyến tiền liệt to? mềm? sờ thấy "cao"? (gợi ý rách niệu đạo nếu gãy chậu).
- Siêu âm tại giường: bàng quang căng to, thành mỏng; đo thể tích tồn lưu (PVR) – đa số $>$500–600 ml.

3. Nguyên tắc đầu tiên: Giải áp càng sớm càng tốt

Người bệnh không cần lý thuyết, họ cần cho dòng nước chảy lại. Cảm giác sau khi dòng nước tiểu đầu tiên trào ra – vừa nhẹ, vừa hạnh phúc. Nhưng bác sĩ phải giải áp đúng cách, để "dòng chảy cứu rỗi" ấy không hóa thành biến chứng.

4. Giải áp cách làm, không chỉ là "đặt ống"

4.1. Đặt thông niệu đạo (sonde Foley)

Chỉ đặt khi KHÔNG nghi rách niệu đạo.

- Chống chỉ định tương đối:
- Máu ở lỗ tiểu.
- Tiền sử gãy chậu, chấn thương tầng sinh môn.

Tuyến tiền liệt "cao" khi thăm trực tràng. → Khi đó, ngừng tay – chuyển sang đặt ống trên xương mu.

- Kỹ thuật cơ bản:
- Vô khuẩn, bôi trơn kỹ, chọn cỡ 16–18Fr, đi nhẹ nhàng.

- Khi thấy nước tiểu ra, bơm bóng 10 ml và nối túi.
- Không cố "rút/đẩy mạnh" nếu vướng – dễ tạo đường giả.

Mẹo: Nếu đi ống trơn không được, thử dây dẫn + sonde cứng (có đầu Coudé) – nhưng chỉ khi có kinh nghiệm.

4.2. Đặt thông trên xương mu (SPC – suprapubic cystostomy)

Khi không đặt được qua niệu đạo hoặc nghi chấn thương niệu đạo.

- Siêu âm định vị bàng quang căng.
- Sát khuẩn, gây tê tại chỗ trên khớp mu 2–3 cm, chọc trocar thẳng xuống.
- Khi nước tiểu phun, luồn ống 16–18Fr, bơm bóng cố định, nối túi.
- Ghi thời điểm đặt, lượng nước tiểu ra ban đầu.

4.3. Lưu ý khi giải áp:

- Không rút hết nước tiểu quá nhanh nếu bệnh nhân bí lâu (đặc biệt người già, suy thận, bệnh tim).

Hút 300–500 ml, ngừng vài phút, rồi tiếp tục.

Tránh tụt huyết áp phản xạ hoặc tiểu máu do giãn đột ngột.

- Quan sát màu nước tiểu: đỏ sẫm (máu ứ), đục (nhiễm), trong vàng nhạt (bí đơn thuần).

5. Bước kế: Tìm nguyên nhân sau khi người bệnh đã "nhẹ"

Sau khi đặt xong, người bệnh thường thở dài: "Trời ơi, nhẹ quá!" Giờ mới đến lúc bác sĩ tìm câu trả lời cho câu hỏi: "Vì sao bị bí?"

5.1. Nhóm nguyên nhân thường gặp

Nhóm	Nguyên nhân điển hình	Gợi ý chẩn đoán
Cản trở cơ học	BPH (tuyến tiền liệt lành tính), hẹp niệu đạo, sỏi cổ bàng quang, u	Tiền sử LUTS, tia tiểu yếu, từng đặt ống, tiểu máu

	bàng quang, tắc sau mổ	
Thần kinh	Đái tháo đường lâu năm, chấn thương tủy, Parkinson, tai biến mạch não	Mất cảm giác buồn tiểu, ứ tồn lưu mạn
Thuốc	Kháng cholinergic, opioid, chống trầm cảm, thuốc cảm	Khởi phát sau dùng thuốc mới
Nhiễm – viêm	Viêm tuyến tiền liệt cấp, phù nề cổ bàng quang	Sốt, đau tầng sinh môn
Khác	Sau phẫu thuật, sau gây tê tủy sống, sau sinh	Tiền sử gần phẫu thuật hoặc sản khoa

6. Cận lâm sàng "vừa đủ"

- Tổng phân tích nước tiểu, cấy nếu đục/sốt.
- Siêu âm thận–bàng quang–PVR, đánh giá ứ nước, u, sỏi.

- Creatinin máu – xem có suy hậu thận.
- Đo áp lực niệu đạo/uroflow/PVR sau rút ống (nếu có điều kiện).
- PSA chỉ làm khi không viêm, không bí cấp (sau 4 tuần).

7. Sau khi giải áp – phải "chăm" ống

- Giữ túi dẫn lưu thấp hơn bàng quang, không gập ống.
- Theo dõi màu – lượng nước tiểu, sốt – đau hông.
- Nếu đái máu: rửa nhẹ bàng quang, không bóp mạnh.
- Ghi chép lượng nước tiểu 24h đầu để ước mức hồi phục.

8. Kế hoạch rút ống – "nghệ thuật theo dõi"

Đặt ống chỉ là giải pháp tạm. Bí tiểu cấp luôn cần rút thử có mốc.

Nguyên tắc:

- Giải quyết nguyên nhân trước (thuốc, nhiễm, tắc).
- Khi ổn định, rút sonde thử sau 3–7 ngày.

Theo dõi sau rút:

- Tiểu được? tia mạnh? còn căng tức không?
- Đo PVR:
- <100 ml → đạt.
- 100–300 ml → theo dõi lại.
- 300 ml → tái đặt sonde, hẹn khám chuyên khoa niệu.

9. Một số tình huống đặc biệt

A. Bí tiểu trên nền BPH (tuyến tiền liệt lành tính)

- Sau khi giải áp, dùng alpha-blocker (tamsulosin), uống nước hợp lý.
- Rút sonde thử sau 3–5 ngày. Nếu thất bại nhiều lần → đánh giá phẫu thuật (TURP/ HoLEP).

B. Bí tiểu do viêm tuyến tiền liệt cấp

- Kháng sinh TM, chống phù nề, đặt ống trên xương mu (tránh niệu đạo).
- Rút sau khi viêm giảm, ít nhất 2–3 tuần.

C. Bí tiểu sau phẫu thuật/gây tê tủy

- Thường hồi phục sau 6–12 giờ; theo dõi.
- Nếu kéo dài >8 giờ và căng nhiều → đặt ống tạm, rút khi cảm giác trở lại.

D. Bí tiểu do thuốc

- Dừng thuốc nghi ngờ (nếu được), theo dõi.
- Cần tư vấn lại bác sĩ điều trị gốc.

10. Những "bẫy" thực tế và cách tránh

1. Cố đặt ống khi có máu ở miệng sáo → tạo đường giả. → *Nghi rách niệu đạo → SPC trước, chụp niệu đạo sau.*
2. Rút hết nước tiểu một lần ở người bí lâu (trên 1–2 lít) → tụt HA, đái máu. → *Xả từng phần 300–500 ml.*

3. Quên tìm nguyên nhân sau khi giải áp. → *Đặt ống xong phải hỏi – khám – siêu âm – hẹn rút có mốc.*

4. Rút ống quá sớm khi chưa ổn. → *Ít nhất 3–5 ngày, có thuốc, có theo dõi.*

5. Không dặn tái khám → tái bí tại nhà. → *Luôn ghi giấy hẹn cụ thể.*

11. Checklist 30 giây

- Đau – căng – không tiểu → nghĩ bí cấp.
- Siêu âm xác nhận bàng quang căng.
- Giải áp ngay: Foley (nếu an toàn) hoặc SPC (nếu nghi rách).
- Không hút ồ ạt >1L cùng lúc.
- Sau đó: tìm nguyên nhân, ghi lượng tiểu, kế hoạch rút ống.
- Dặn quay lại ngay nếu sốt, đau hông, tiểu máu nhiều, tắc ống.

12. Một lời nhắn cuối: “Nước chảy, người nhẹ,

nhưng bác sĩ đừng nhẹ tay với nguyên nhân”

Bí tiểu cấp nhìn tưởng đơn giản, nhưng là cửa sổ nhìn vào toàn hệ tiết niệu. Giải áp xong, nếu chỉ dừng ở đó, ta mới làm nửa việc. Phần còn lại – tìm nguyên nhân, rút đúng lúc, hướng dẫn theo dõi – mới là nghệ thuật của nghề.

Một bác sĩ niệu giỏi không chỉ biết “mở dòng nước”, mà còn biết khi nào để nó tự chảy trở lại một cách bền vững.

Chương 36. Vô niệu – phân biệt trước thận / hậu thận, và luôn ưu tiên giải áp khi nghi tắc

Vô niệu không phải lúc nào cũng “thận hỏng”

Vô niệu (≈ <100 mL/24 giờ) là tiếng chuông báo động. Nhưng đừng vội kết luận “thận hỏng rồi”. Trong trực, tôi luôn tự hỏi ba câu theo thứ tự:

1. Có thật là không ra nước tiểu không? (ống tắc? đo sai? ghi chép thiếu?)

2. Có bị tắc đường thoát không (hậu thận)?

3. Nếu không tắc, đây là trước thận (thiếu tưới máu) hay tại thận (ATN, viêm)?

Câu trả lời sớm cho câu (2) thường cứu thận. Vì tắc–nghẽn là thứ ta can thiệp được ngay (đặt JJ/ PCN). Đừng đánh đổi "giải áp" lấy "chụp phim đẹp".

1. Kiểm chứng vô niệu – 5 phút đầu tiên đáng giá

- Kiểm tra ống thông bàng quang: gập, xoắn, cặn? Xả – bơm rửa thử. Không thông → thay ống.
- Nếu chưa đặt ống: đặt Foley nhẹ tay (trừ khi nghi rách niệu đạo → SPC). Có khi "vô niệu" hóa ra là bí căng.
- Đo tại giường: bladder scan/siêu âm bàng quang. Bàng quang rỗng thật sự khác với tràn đầy (bí).
- Hỏi – xem sổ: vào viện đã uống/ truyền gì? lợi tiểu? có nôn, tiêu chảy, xuất huyết? Nhiều ca "vô niệu" là thiếu dịch nặng.

Kinh nghiệm: trong trực, đặt ống + siêu âm bàng quang là bộ đôi quyết định rất nhiều.

2. Phân nhóm lớn: trước thận – tại thận – hậu thận (thực hành)

A. Hậu thận (tắc nghẽn đường niệu) – điều trị được ngay

- Gợi ý: đơn thận/ thận độc nhất, ứ nước hai bên trên siêu âm, tiền sử BPH/ung thư tiền liệt, sỏi, u vùng chậu, sau mổ vùng chậu; đau hông, nhiễm kèm.

- Siêu âm thận tại giường: tìm giãn đài–bể, niệu quản; nhớ rằng tắc sớm và giảm thể tích có thể chưa ứ.

- Bàng quang căng + PVR cao → bí tắc thấp; bàng quang xẹp + ứ trên → tắc cao.

B. Trước thận (thiếu tưới máu thận)

- Sốc mất máu, mất nước, suy tim, xơ gan, thuốc ACEi/ARB/NSAID trên nền hẹp động mạch thận…

- Dấu hiệu: HA thấp, da khô, BUN/Cr tăng song song (BUN có thể tăng tương đối nhiều).

- Đáp ứng với bù dịch – tối ưu huyết động.

C. Tại thận (nội tại)

- ATN sau sốc, sepsis, thuốc (aminoglycoside, cản quang), viêm cầu thận, viêm kẽ, tắc vi mạch…
- Nước tiểu lắng cặn hạt, FENa tăng (nhưng không đáng tin khi dùng lợi tiểu/CKD).
- Cần thận học cùng vào sớm.

Đừng thần thánh hóa FENa. Với lợi tiểu, CKD, sepsis… các chỉ số này rất "lắc lư". Lâm sàng + siêu âm + bối cảnh mới là trụ cột.

3. Thuật toán 30 phút đầu (tại khoa cấp cứu)

1. Sinh hiệu: mạch, HA, SpO_2, tri giác → hồi sức nền (O_2, đường truyền, dịch khi cần).
2. Đặt Foley (trừ khi nghi rách niệu đạo). Không chảy → thay ống; vẫn không → SPC.
3. Siêu âm bàng quang: căng hay rỗng?
4. Siêu âm thận: ứ nước? hai bên hay một bên?
5. Lấy xét nghiệm: công thức máu, creatinin–

ure–điện giải, K^+, khí máu, tổng phân tích nước tiểu/cấy.

6. Nếu nghi tắc + nhiễm/sốc → KHÁNG SINH TM ngay sau khi lấy cấy + GIẢI ÁP (JJ/PCN) không chậm trễ.

4. Khi nghi hậu thận: giải áp trước, hỏi phim sau

A. Tắc mức bàng quang – cổ bàng quang

- Bí căng: đặt Foley; nếu không qua được hoặc nghi rách niệu đạo → SPC.

B. Tắc mức niệu quản (hai bên / đơn thận)

- Đặt JJ (nếu đi được đường dưới).
- PCN khi: nhiễm nặng, không đặt JJ được, u chèn ép vùng chậu, giải phẫu khó, thai kỳ cần tối thiểu can thiệp vùng dưới.
- Không chờ CT đẹp nếu bệnh nhân sốc nhiễm – tăng K^+ – đau nhiều – suy thận nhanh. Siêu âm đủ để mở đường trước.

Câu cửa miệng trong kíp trực: “Đường nước phải thông thì kháng sinh – hồi sức mới phát huy”.

5. Sau khi mở tắc: canh đi tiểu nhiều sau tắc (post-obstructive diuresis)

Rất nhiều ca sau JJ/PCN/đặt ống sẽ đi tiểu ào ạt trong 24–48 giờ đầu.

- Theo dõi sát: mạch, HA, nước tiểu từng giờ, điện giải (Na^+, K^+, Mg^{2+}, phosphate).
- Nguy cơ: tụt HA, rối loạn điện giải, suy kiệt.
- Bù dịch: thường 50–75% lượng nước tiểu giờ trước bằng NaCl 0.9% ± bổ sung K^+ theo lab; không bù 1:1 kéo dài (dễ kéo diuresis dai dẳng).
- Dặn kíp: ghi – truyền – kiểm lại theo mốc (4h, 8h, 24h).

6. Nếu không phải hậu thận: xử trí nền cho trước thận & tại thận

A. Nghi trước thận

- Bù dịch có kiểm soát (crystalloid), điều chỉnh nguyên nhân (chảy máu – sepsis – tim).
- Tránh thuốc hại thận, chỉnh liều theo eGFR.

- Theo dõi đáp ứng nước tiểu (target 0.5–1 mL/kg/h nếu có thể).

B. Nghi tại thận

- Ngừng độc chất (cản quang, thuốc), tối ưu huyết động.
- Thận học vào cuộc sớm: cân nhắc sinh thiết nếu nghi viêm cầu thận nhanh tiến triển.
- Lọc máu tạm thời theo AEIOU (toan nặng, K^+ cao, quá tải dịch, ure huyết có biến chứng, ngộ độc) – song song với tìm nguyên nhân.

Nhắc lại: ngay cả khi sắp lọc máu, nếu hậu thận, giải áp vẫn là ưu tiên. Lọc không thay thế được mở đường nước.

7. Quản lý tăng Kali – "bẫy chết người" của vô niệu

- ECG ngay khi K^+ nghi cao (nhịp chậm, sóng T cao, QRS giãn).
- Bảo vệ tim: Calcium gluconate IV.
- Đẩy K^+ vào tế bào: insulin + glucose, β2-

agonist; bicarbonate nếu toan.

- Loại K^+: thuốc gắn K (hiệu chậm), lọc máu nếu nặng.
- Và nhớ: nếu tắc, mở tắc chính là "thuốc" hạ K^+ mạnh nhất.

8. Ca khó & góc kinh nghiệm

- Không ứ nước mà vẫn vô niệu?
- Có thể tắc cấp rất sớm, mất nước nặng, ATN, tắc mạch thận, hội chứng khoang thận (bao thận căng). Cân nhắc CT mạch khi gợi ý, mở bao thận hiếm gặp.
- Phụ nữ mang thai: thiên về siêu âm + PCN/ JJ dưới hướng dẫn, tránh tia khi không bắt buộc.
- Bệnh nhân ung thư vùng chậu: hẹp niệu quản do xạ trị/ xâm lấn → thường PCN trước, tính giải pháp tái tạo muộn.
- Người thận độc nhất/ghép thận: ngưỡng giải áp rất thấp. Gọi can thiệp sớm.

9. Những "lỗi" hay gặp (và cách né)

1. Mải xét nghiệm – quên đặt ống/siêu âm bàng quang. → Làm song song: ống – siêu âm – lấy máu.

2. Chờ CT "đủ thì" rồi mới JJ/PCN trong sốc nhiễm. → Giải áp ngay khi lâm sàng + siêu âm đủ gợi ý.

3. Tin FENa mù quáng trong bối cảnh lợi tiểu/ CKD. → Dựa bối cảnh + siêu âm + đáp ứng.

4. Bỏ qua diuresis sau tắc. → Lập kế hoạch bù và theo dõi điện giải từ đầu.

5. Quên kiểm ống thông → "vô niệu giả". → Kiểm cơ học trước mọi thứ khác.

6. Chỉ định lọc máu trước khi mở tắc. → Mở tắc có thể đủ để tránh lọc.

10. Checklist 60 giây (dán trong phòng cấp cứu)

- Sinh hiệu – đường truyền – xét nghiệm nhanh (K^+, creatinin, khí máu).

- Kiểm ống bàng quang / đặt ống; bladder

scan.

- Siêu âm thận: có ứ nước? (hai bên/đơn thận)
- Nghi tắc + nhiễm → kháng sinh TM + JJ/ PCN ngay.
- Không tắc → bù dịch/ tối ưu huyết động; gọi Thận học nếu nghi nội tại.
- Theo dõi diuresis sau giải áp; bù 50–75% lượng tiểu, canh điện giải.
- Xử trí tăng K^+ theo phác đồ (Ca^{2+} – insulin/ glucose – β2).

11. Kết: "Mở đường nước trước, rồi bàn chuyện khác"

Vô niệu là lúc nghề niệu trở về nguyên lý gốc: dòng chảy. Trong hỗn loạn của cấp cứu, hãy giữ một thói quen đơn giản:

Kiểm ống – soi bàng quang – soi thận – nghi tắc thì mở, nghi thiếu thì bù, nghi nội tại thì gọi bạn thận.

Làm được y như vậy, bạn sẽ thấy nhiều quả thận "tưởng như mất" quay lại ngoạn mục chỉ sau một JJ/PCN đúng lúc, và nhiều người bệnh bước ra khỏi khoa cấp cứu nhẹ nhõm – bởi vì ta đã trả lại cho nước con đường của nó.

Chương 37. Suy thận cấp & mạn – nhận diện nhanh, xử trí nền, và chỉ định lọc máu tạm thời

1. Không phải tăng creatinin nào cũng giống nhau

- Suy thận cấp (AKI): giảm GFR xảy ra trong giờ–ngày, creatinin tăng nhanh, nước tiểu giảm có thể kèm rối loạn nội môi (K^+, acid–base, dịch). Thường hồi phục được nếu tháo gỡ nguyên nhân (thiếu máu nuôi, độc chất, tắc nghẽn).

- Suy thận mạn (CKD): GFR giảm ≥ 3 tháng, thận nhỏ–vỏ mỏng trên siêu âm, thiếu máu mạn, calci–phosphate rối. Cơn "cấp trên nền mạn" rất thường gặp khi nhiễm trùng, mất nước, dùng thuốc hại thận hoặc tắc hậu thận.

Tư duy xương sống: vừa tìm nguyên nhân (trước–tại–hậu thận), vừa bảo vệ nội môi; khi vỡ kiểm soát → lọc máu tạm.

2. Hỏi–khám–xét nghiệm "3–3–3"

2.1 Hỏi nhanh (3 điểm)

- Thuốc & độc chất 72 giờ qua: cản quang, NSAID, aminoglycoside, ức chế men chuyển/ ARB, thảo dược, thuốc cấm.
- Dịch & huyết động: tiêu chảy, nôn, xuất huyết, sốc, suy tim.
- Tắc nghẽn: LUTS, bí tiểu, sỏi, u vùng chậu, phẫu thuật gần đây.

2.2 Khám nhanh (3 điểm)

- Sinh hiệu (sốt, HA, nhịp, SpO_2), phù phổi, tiếng cọ màng ngoài tim (uremia), bàng quang căng.
- Dấu mất nước (da khô, niêm khô), ban–khớp (viêm mạch, lupus).
- Thăm trực tràng (BPH), quan sát ống thông

có chảy không.

2.3 Xét nghiệm–hình ảnh (3 thứ "phải có" sớm)

- Điện giải – ure/creatinin – khí máu (đánh giá K^+, toan).
- Nước tiểu (que thử + kính hiển vi: hồng cầu biến dạng, trụ hạt nâu gợi ATN; bạch cầu–eosinophil gợi viêm kẽ; protein–máu gợi cầu thận).
- Siêu âm thận–bàng quang tại giường: ứ nước? thận nhỏ–vỏ mỏng? bàng quang căng?

Mẹo: AKI mới thường thận to/bình thường; CKD mạn tính thận nhỏ, vỏ mỏng. Phân biệt này hữu ích khi không có dữ liệu cũ.

3. Phân loại nguyên nhân để "đánh đúng chỗ"

- Trước thận (thiếu tưới máu): sốc sepsis, xuất huyết, mất nước, suy tim; điều trị chính: hồi sức dịch/HA.
- Tại thận: ATN do thiếu máu nuôi/độc chất; viêm cầu thận nhanh tiến triển; viêm kẽ; tắc vi

mạch. Cần ngưng độc chất, tối ưu huyết động, Thận học vào sớm; cân nhắc sinh thiết khi gợi ý miễn dịch.

- Hậu thận: tắc dưới/ trên; ưu tiên GIẢI ÁP (Foley/SPC, JJ/PCN).

Trong mọi AKI, đặt/kiểm tra ống bàng quang + siêu âm ngay từ đầu để không bỏ hậu thận.

4. Xử trí nền trong giờ đầu

- Bảo vệ tim khi tăng K^+: *Calcium gluconate* IV nếu ECG thay đổi.

- Hạ K^+ nhanh: *Insulin* + *glucose*, *β2-agonist*, *$NaHCO_3$* nếu toan; chuẩn bị lọc máu nếu nặng/kháng trị.

- Toan chuyển hoá nặng: bù bicarbonate có chọn lọc; nếu pH $\leq$ 7.1 hoặc kèm quá tải dịch → nghiêng về lọc.

- Quá tải dịch/ phù phổi: lợi tiểu quai nếu còn đáp ứng; thất bại → lọc máu.

- Ngừng mọi độc chất thận, chỉnh liều thuốc theo eGFR.

- Kháng sinh sớm nếu sepsis, nhưng nhớ mở tắc khi có tắc – kháng sinh không xuyên qua chỗ kẹt.

5. Chỉ định lọc máu tạm thời – nhớ chữ AEIOU

A – Acidosis: toan chuyển hoá nặng, kháng trị (thường pH $\leq$ 7.1..

E – Electrolyte: K^+ cao nguy hiểm ($\geq$6.0–6.5 mmol/L) và/hoặc có thay đổi ECG, không đáp ứng điều trị nội.

I – Intoxication: ngộ độc các chất lọc được

O – Overload: quá tải dịch gây phù phổi kháng trị lợi tiểu.

U – Uremia: biến chứng ure huyết (viêm màng ngoài tim, bệnh não – co giật, nôn nhiều, ngứa dữ, chán ăn suy kiệt) không kiểm soát nội.

Ghi nhớ: nếu hậu thận, mở tắc trước/ song song; nhiều ca hồi phục ngoạn mục sau JJ/PCN mà không cần lọc.

6. Chọn phương thức lọc và đường vào mạch

6.1 Phương thức

- IHD (lọc máu ngắt quãng): hiệu quả nhanh, phù hợp tăng K^+, phù phổi cấp; nhưng khó dung nạp huyết động ở bệnh nhân sốc.
- CRRT (lọc máu liên tục): ổn định huyết động, kiểm soát dịch tốt; dùng trong ICU, sốc sepsis; cần thiết bị & nhân lực.
- SLED (lọc kéo dài tốc độ thấp): trung gian giữa IHD và CRRT, nhiều nơi áp dụng.

6.2 Đường vào

- Catheter tĩnh mạch trung tâm: đùi (dễ – nhanh), cảnh trong (ưu tiên dài ngày), dưới đòn (tránh nếu có thể do nguy cơ hẹp tĩnh mạch).
- Chống đông: Heparin hệ thống hoặc citrate vùng (CRRT) nếu nguy cơ chảy máu.
- Theo dõi áp lực, lưu lượng, huyết động trong suốt quá trình.

7. Tình huống "đặc biệt cần nhớ"

- AKI sau cản quang: tối ưu dịch đẳng trương;

tránh lặp lại cản quang; lọc dự phòng không thường quy.

- Tiêu cơ vân/ ly giải u (TLS): hydrat hóa mạnh, kiềm hoá nước tiểu chọn lọc; lọc sớm khi K^+ cao/ myoglobin/ acid uric tăng kịch phát.

- Sốc nhiễm tiết niệu + tắc: kháng sinh TM + JJ/PCN khẩn; lọc khi K^+/toan/quá tải.

- Mang thai: tránh tia, ưu tiên siêu âm; khi cần PCN giải áp; lọc máu cá thể hóa.

- Thận ghép/ thận độc nhất: ngưỡng giải áp rất thấp; hội chẩn sớm.

8. Theo dõi sau can thiệp: đừng quên "đi tiểu nhiều sau tắc"

- Sau JJ/PCN/giải áp, theo dõi lưu lượng nước tiểu giờ, HA, điện giải; bù dịch 50–75% lượng tiểu giờ trước, tránh tụt HA–rối loạn điện giải.

- Creatinin có thể giảm theo ngày nếu nguyên nhân tháo gỡ; nếu không cải thiện sau 48–72h, xem lại nguyên nhân (tại thận?) và hướng xử

trí.

9. Pitfalls (bẫy) hay gặp

- Chờ đủ phim rồi mới mở tắc trong sốc nhiễm/tăng K^+. → Mở trước, chụp sau.
- Xem thường siêu âm giường bệnh. → Là vũ khí rẻ–nhanh–đúng cho ứ nước/bàng quang căng.
- Tin FENa mù quáng (đang dùng lợi tiểu/ CKD). → Dựa bối cảnh + nước tiểu cặn + siêu âm.
- Trì hoãn lọc khi AEIOU đã rõ. → Gọi Thận học nhưng đừng đợi nếu đe doạ tính mạng.
- Quên chỉnh liều thuốc theo GFR. → Kiểm danh mục, tránh độc chất thận.
- Kháng sinh không qua chỗ tắc. → Giải áp mới là "đường tiếp tế".

10. Checklist 60 giây (dán tủ trực)

- Sinh hiệu – ECG – K^+ – khí máu – điện giải – ure/cre.

- Đặt/kiểm Foley, siêu âm bàng quang & thận.
- Nghi tắc → JJ/PCN/SPC ngay ± kháng sinh nếu nhiễm.
- Bảo vệ tim (Ca^{2+}) nếu K^+ cao + hạ K^+ theo phác đồ.
- AEIOU? Có → khởi lọc (IHD/CRRT tuỳ huyết động).
- Ngừng độc chất, chỉnh liều thuốc, tối ưu dịch/HA.
- Theo dõi diuresis sau tắc, bù 50–75%, canh điện giải.

11. Kết: "Giữ nhịp nội môi, mở đường nước – lọc đúng lúc"

Suy thận cấp & mạn trong ca trực không đòi hỏi bạn "biết hết", mà đòi bạn đi đúng thứ tự: Xác nhận – tìm tắc – bảo vệ nội môi – tháo gỡ nguyên nhân – lọc khi vượt ngưỡng AEIOU. Làm được như thế, bạn sẽ thấy nhiều ca quay đầu ngoạn mục, và chính mình bớt áp lực – vì đã đi đúng bài của nghề dòng chảy.

Chương 38. Tiểu máu đại thể – phân tầng nguy cơ, khi nào nội soi ngay

1. Màu đỏ trong nước tiểu – tiếng nói thầm của hệ tiết niệu

Không có gì làm người bệnh hoảng sợ bằng việc thấy nước tiểu đỏ. Người trẻ thì sợ "vỡ mạch máu", người lớn tuổi thì sợ "ung thư". Với bác sĩ, một giọt máu trong nước tiểu là lá cờ cảnh báo: có thể là viêm nhẹ, cũng có thể là dấu hiệu đầu tiên của u bàng quang hay ung thư đường niệu trên.

Vì thế, khi đứng trước bệnh nhân tiểu máu đại thể, điều quan trọng không phải là "đoán cho nhanh", mà là phân tầng đúng, hành động đúng lúc, và không bỏ sót nguy cơ.

Tiểu máu không phải là bệnh – nó là triệu chứng. Mà triệu chứng thì chỉ nguy hiểm khi ta xem thường nó.

2. Định nghĩa và những điều cần nhớ đầu tiên

- Tiểu máu đại thể: nước tiểu đỏ, hồng, nâu, nhìn thấy được bằng mắt thường.

- Tiểu máu vi thể: chỉ phát hiện qua que thử hoặc soi cặn.

- Đôi khi "nước tiểu đỏ" không phải do máu: ăn củ dền, uống rifampicin, phenazopyridine, hoặc myoglobin, hemoglobin tự do. → Đừng vội giật mình – nhưng cũng đừng chủ quan.

Ba câu hỏi mở đầu khi gặp tiểu máu:

1. Có đau hay không đau?

2. Có rối loạn tiểu tiện (rắt, buốt, mót) hay không?

3. Có sốt / cục máu / tiền sử sỏi hoặc ung thư không?

Câu trả lời cho ba câu này giúp ta định hướng 80% nguyên nhân.

3. Phân loại theo "bãi" – cách cổ điển mà vẫn hiệu quả

Loại	**Mô tả**	**Vị trí nghi ngờ**
Đầu bãi	Nước tiểu đầu đỏ, sau trong	Niệu đạo
Cuối bãi	Lúc cuối đỏ, đầu	Bàng quang cổ

	trong	hoặc tiền liệt
Toàn bãi	Cả bãi đỏ đều	Thận – niệu quản – bàng quang toàn thể

Một bãi nước tiểu kể nhiều hơn bạn nghĩ – chỉ cần lắng nghe bằng mắt.

4. Phân tầng nguy cơ: không ai giống ai

Nhóm nguy cơ	**Đặc điểm**	**Hành động gợi ý**
Nguy cơ thấp	< 40 tuổi, không hút thuốc, không triệu chứng toàn thân, không máu cục, có thể sau vận động, nhiễm nhẹ	Tầm soát cơ bản: nước tiểu, siêu âm, theo dõi sau điều trị
Nguy cơ trung bình	40–60 tuổi, nam, có LUTS, đái máu tái diễn, dùng thuốc chống đông	Siêu âm hệ niệu, nội soi bàng quang nếu tái phát
Nguy cơ cao	> 60 tuổi, hút thuốc, đái máu không đau, có	Nội soi bàng quang + CT niệu đồ (urography)

cục máu, sụt cân, sỏi cũ, tiếp xúc hóa chất (anilin, thuốc nhuộm)	ngay

Nguyên tắc vàng: Đái máu không đau, toàn bãi, ở người trên 50 tuổi = ung thư cho đến khi chứng minh được điều ngược lại.

5. Cận lâm sàng theo tầng nấc

5.1. Xét nghiệm cơ bản

- Tổng phân tích nước tiểu: xác định có thật sự hồng cầu; soi thấy hồng cầu biến dạng → nguồn gốc thận; hồng cầu nguyên vẹn → niệu đạo/bàng quang.
- Cấy nước tiểu: loại trừ nhiễm.
- Công thức máu, creatinin, ure: đánh giá thiếu máu & chức năng thận.

5.2. Hình ảnh học

- Siêu âm hệ niệu: dễ, rẻ, phát hiện u, sỏi, ứ nước.

- CT niệu đồ có cản quang (CT Urography): tiêu chuẩn vàng cho tiểu máu không rõ nguyên nhân ở người nguy cơ cao – khảo sát toàn bộ thận, niệu quản, bàng quang.

- MRI: thay thế khi chống chỉ định cản quang iod hoặc cần chi tiết mô mềm.

5.3. Nội soi bàng quang

- Là bước không thể bỏ qua ở người >40 tuổi hoặc tiểu máu toàn bãi tái phát.

- Cho phép nhìn trực tiếp niêm mạc, sinh thiết, đánh giá vị trí chảy máu.

- Chỉ cần gây tê tại chỗ, thực hiện ngoại trú.

6. Khi nào phải nội soi ngay?

- Đái máu toàn bãi không đau ở người >40 tuổi.

- Có cục máu – bí tiểu do máu đông.

- Đái máu tái phát nhiều lần, không liên quan nhiễm.

- Kèm rối loạn tiểu tiện mới xuất hiện (rắt, mót, tia yếu).
- Sau điều trị nhiễm tiểu mà máu vẫn còn.

"Một nội soi sớm có thể đổi cả số phận" – vì u bàng quang giai đoạn sớm gần như chữa khỏi hoàn toàn.

7. Xử trí cấp cứu khi đái máu nhiều / bí tiểu do máu đông

- Đặt sonde Foley 3 chạc, rửa bàng quang bằng NaCl 0,9% liên tục.
- Nếu rửa không ra hoặc vẫn tắc – nội soi cầm máu, hút cục.
- Truyền dịch, đánh giá huyết động; nếu mất máu nhiều → truyền máu.
- Tìm nguyên nhân sau khi ổn định: CT, nội soi, xét nghiệm.

Sai lầm hay gặp: "cho về theo dõi" khi nước tiểu vẫn đỏ → bệnh nhân quay lại trong tình trạng bí tiểu, nhiễm, thiếu máu nặng.

8. Một vài "mặt nạ" của tiểu máu mà bác sĩ cần nhớ

- Nhiễm trùng: rắt, buốt, sốt, nước tiểu đục → cấy, kháng sinh, tái khám sau 2 tuần.
- Sỏi: đau quặn hông lưng + máu; xác định bằng siêu âm/CT-KUB.
- Bệnh thận cầu thận: phù, tăng huyết áp, trụ hồng cầu → chuyển Thận học.
- Thuốc chống đông: chỉ làm nặng thêm một tổn thương có sẵn; không bao giờ là nguyên nhân duy nhất.
- Tập thể lực mạnh (vận động viên, chạy marathon): tiểu máu thoáng qua – nhưng phải loại trừ nguyên nhân thực thể trước khi yên tâm.

9. Phòng bệnh và theo dõi

- Uống nước đều (2–2,5 lít/ngày, trừ chống chỉ định).
- Bỏ thuốc lá – yếu tố nguy cơ hàng đầu của ung thư bàng quang.

- Tái khám sau đợt nhiễm hoặc sau điều trị sỏi.
- Với người đã từng tiểu máu chưa rõ nguyên nhân: siêu âm 6 tháng/lần, nội soi định kỳ 1 năm/lần nếu trên 50 tuổi.

10. Checklist 30 giây trong ca trực

- Xác nhận đúng là máu (soi nước tiểu).
- Hỏi tuổi – hút thuốc – đau – cục máu – sốt.
- Siêu âm bàng quang, thận, đo tồn lưu.
- Nếu nguy cơ cao hoặc không đau → nội soi bàng quang ngay.
- Nếu sốt hoặc đau hông → loại trừ tắc + nhiễm, giải áp sớm.
- Nếu bí máu → rửa bàng quang 3 chạc + chuẩn bị nội soi cầm máu.
- Ghi rõ kế hoạch: theo dõi – hẹn tái khám – dặn cờ đỏ.

11. Cờ đỏ cần nhớ

- Đái máu không đau, đặc biệt ở nam >50 tuổi.
- Đái máu toàn bãi, có cục máu, tái phát.
- Đái máu sau điều trị nhiễm tiểu vẫn còn.
- Đái máu kèm sụt cân, mệt, biếng ăn, đau xương.

Bỏ sót u bàng quang giai đoạn sớm là bỏ lỡ cơ hội vàng.

12. Kết: "Màu đỏ ấy, đừng để qua mắt thường"

Tiểu máu là bài học về cái nhìn không được vội vàng. Người bệnh chỉ thấy đỏ, bác sĩ phải thấy cả con đường từ cầu thận đến lỗ tiểu. Phân tầng đúng – soi đúng lúc – không xuề xòa với tuổi – đó là kỹ năng sống còn của người làm nghề niệu.

Có những điều tưởng nhỏ, nhưng nếu làm đủ, bạn cứu được một cuộc đời. Một nội soi, một siêu âm, một lời dặn kỹ – đôi khi quý hơn trăm toa thuốc.

Nhớ nhé:

Đừng bao giờ nói "chắc chỉ viêm nhẹ thôi" trước một bãi nước tiểu đỏ. Vì có khi, chính sự chủ quan đó là thứ khiến "bình thường" hóa thành "muộn màng."

Chương 39. Sốc nhiễm khuẩn tiết niệu – kháng sinh tĩnh mạch & giải đáp ưu tiên (JJ/PCN)

1. Bức tranh mở màn: tắc + nhiễm = cuộc đua của giờ đầu

Một người vào cấp cứu với sốt rét run, đau hông lưng, HA tụt, thở nhanh, lơ mơ. Nước tiểu hôm qua còn vàng, hôm nay ít hẳn. Trong đầu bạn phải bật ngay hai chữ: UROSEPSIS – và nếu có tắc nghẽn thì đó là nguồn gốc. Ở urosepsis, kháng sinh chỉ là một nửa câu chuyện. Nửa còn lại – thường quyết định sống còn – là GIẢI ÁP: đặt stent JJ hoặc dẫn lưu thận qua da (PCN) càng sớm càng tốt.

Nguyên tắc vàng: Khi tắc + nhiễm, mở đường trước, chụp đẹp tính sau. Kháng sinh không đi qua được chỗ kẹt.

2. Nhận diện nhanh: 3 dấu – 3 hỏi – 3 làm

Ba dấu hiệu gợi ý sepsis/ sốc:

- HA tụt (MAP < 65 mmHg), hoặc cần vận mạch.
- Thở nhanh/SpO_2 giảm, lơ mơ, thiểu niệu.
- Lactate tăng, sốt/ rét run, bạch cầu rối loạn.

Ba câu hỏi trong 30 giây:

1. Đau hông/ hông lưng một bên hay hai bên?
2. Tiểu ít, tiểu buốt, có sỏi/ can thiệp gần đây?
3. Thận độc nhất, mang thai, người già/đái tháo đường? (nguy cơ nặng)

Ba việc làm ngay (song song):

- Lấy cấy máu & cấy nước tiểu (đừng chậm >10–15 phút).
- Kháng sinh tĩnh mạch phổ rộng theo địa phương.
- Hồi sức sepsis bundle: dịch tinh thể 30 mL/

kg theo đáp ứng, đặt đường truyền, monitor, chuẩn bị GIẢI ÁP (JJ/PCN).

3. Kháng sinh tĩnh mạch: bắt đầu sớm, đúng độ, rồi thu hẹp

- Bắt đầu trong giờ đầu sau khi lấy cấy. Phác đồ tùy kháng sinh đồ bệnh viện; nguyên tắc:
- ESBL nghi ngờ/ sốc nặng: Carbapenem (meropenem/imipenem) ± aminoglycoside liều nạp (nếu chức năng thận cho phép).
- Nguy cơ thấp hơn: Piperacillin–tazobactam hoặc cephalosporin thế hệ 3–4 ± aminoglycoside.

Nghi Enterococcus (sau thủ thuật): cân nhắc ampicillin/vancomycin tùy bối cảnh.

- Sửa liều theo eGFR, tránh độc thận kép khi không cần.
- De-escalation sau 48–72 giờ theo kháng sinh đồ.
- Thời gian: thường 7–14 ngày, dài hơn nếu kèm áp-xe, viêm tuyến tiền liệt, viêm thận mủ.

Đừng để “chờ chụp CT xong rồi hãy tiêm thuốc”. Thuốc vào máu ngay, nhưng đừng quên mở đường.

4. GIẢI ÁP: chọn JJ hay PCN – chọn cái nhanh & an toàn ở nơi bạn đứng

Mục tiêu: giảm áp đường tiết niệu bị tắc → giảm ổ nhiễm & độc tố, cứu thận, cứu huyết động.

Tình huống	Nên chọn	Vì sao
Niệu quản đoạn dưới/mid, bàng quang sạch, kíp nội soi sẵn	Đặt JJ	Nhanh, ít xâm lấn, mở thông xuống bàng quang
Nghi tắc cao, mủ nhiều, giải phẫu khó, thai kỳ, không vào được đường dưới	PCN	Vào trực tiếp bể thận, rút mủ tức thì, tránh thao tác đường dưới
Sốc nặng/ huyết động bấp bênh	PCN (thường nhanh hơn)	Làm dưới C-arm/ siêu âm, rút mủ lập tức
Bàng quang nhiễm nặng/ cục máu	PCN trước, JJ sau	Tránh đẩy mủ xuống thấp

Không có lựa chọn "đẹp nhất" – chỉ có lựa chọn NHANH & AN TOÀN. Ở trung tâm quen tay PCN, hãy PCN; quen tay JJ, hãy JJ. Đừng để "đợi ekip A/B" làm bạn mất giờ vàng.

5. Hồi sức & theo dõi: đặt "đường ray" cho cơ thể chạy lại

- Dịch tinh thể theo đáp ứng (không "đổ ào" khi có nguy cơ phù phổi).
- Vận mạch: Norepinephrine nếu MAP vẫn <65 sau bù dịch.
- Oxy/ thở máy khi cần; kiểm soát nguồn đau bằng opioid hợp lý.
- Theo dõi nước tiểu giờ (đặt Foley): mục tiêu $\geq 0{,}5$ mL/kg/giờ sau giải áp.
- Điện giải: đặc biệt K^+, toan; chuẩn bị lọc máu tạm nếu AEIOU (xem Ch.37..
- Lactate 2–4 giờ đánh giá đáp ứng.
- Đường huyết: kiểm soát 140–180 mg/dL.

Sau mở tắc, coi chừng đi tiểu nhiều sau tắc (post-

obstructive diuresis): bù 50–75% lượng tiểu giờ trước, canh $Na^+/K^+/Mg^{2+}$.

6. Các "ổ" đặc biệt hay bị bỏ sót

- Viêm thận mủ khu trú/ áp-xe quanh thận: sốt dai, đau hông não nề → CT có cản khi ổn huyết động; dẫn lưu + kháng sinh.
- Viêm tuyến tiền liệt cấp ở nam: sốt cao, đau tầng sinh môn, tiểu khó → kháng sinh thấm tốt tuyến TL (fluoroquinolone/β-lactam) đủ thời gian, tránh xoa bóp; bí tiểu → SPC.
- Ống thông bàng quang bẩn: thay ống, rửa bàng quang đúng cách, không bơm ép mạnh gây tràn ngược.
- Nguồn từ bàng quang thần kinh/sỏi bàng quang: giải pháp triệt căn sau khi qua cơn nhiễm.

7. Đường đi trong 6 giờ đầu (đặt trên tường phòng cấp cứu)

- Nhận diện sepsis → cấy máu & nước tiểu.
- Kháng sinh TM ngay (theo bản đồ kháng của

khoa).

- Siêu âm thận – bàng quang tại giường: ứ nước? bàng quang căng?
- Gọi Niệu + CĐHA: JJ hoặc PCN càng sớm càng tốt.
- Dịch – vận mạch – oxy – theo dõi nước tiểu giờ.
- Lactate lại; điện giải/cre/K^+ mỗi 4–6 giờ; chuẩn bị lọc máu nếu cần.
- Ghi kế hoạch: de-escalation sau 48–72h, đánh giá nguồn, hẹn can thiệp triệt căn (lấy sỏi/ tái tạo) khi khỏi nhiễm.

8. Sai lầm kinh điển (và cách né)

- Chờ CT đẹp rồi mới giải áp. → Né: siêu âm đủ gợi ý + lâm sàng nặng = mở ngay.
- Tiêm kháng sinh rồi… yên tâm mà quên JJ/ PCN. → Né: nhớ câu “kháng sinh không qua được chỗ tắc”.
- Đặt JJ kéo dài nhiều tuần không kế hoạch

→ nhiễm tái phát. → Né: lịch thay/ rút stent rõ ràng, xử lý nguyên nhân gốc.

- Bù dịch vô tội vạ sau mở tắc → phù phổi/ rối loạn điện giải. → Né: bù 50–75% theo lượng tiểu.

- Quên đổi kháng sinh theo cấy → kháng thuốc. → Né: de-escalation bắt buộc.

- Bỏ sót viêm tuyến TL cấp ở nam sốt + LUTS → điều trị ngắn ngày thất bại. → Né: liệu trình đủ dài và SPC nếu bí.

9. Tình huống đặc biệt

- Thận độc nhất/ ghép thận: ngưỡng giải áp cực thấp, ưu tiên PCN nếu khó JJ.

- Phụ nữ mang thai: thiên về PCN/ JJ dưới siêu âm, tránh tia; chọn kháng sinh an toàn thai.

- Người già – ĐTĐ: biểu hiện kín tiếng, đến muộn; đừng bị "sốt nhẹ" đánh lừa.

- Nghi vi khuẩn đa kháng (nhập viện gần đây, ống lâu ngày): chọn phác đồ mạnh hơn từ đầu, hội chẩn ID.

10. Checklist 60 giây

- Sepsis? (HA, lactate, tri giác) → bundle giờ đầu.
- Cấy máu/niệu xong → kháng sinh TM ngay.
- Siêu âm: ứ nước? bàng quang?
- Tắc + nhiễm → JJ/PCN khẩn (cái nào nhanh & an toàn hơn).
- Nước tiểu giờ, điện giải, K^+; canh diuresis sau tắc.
- De-escalation khi có kháng sinh đồ; lập kế hoạch xử lý nguyên nhân (sỏi, u, hẹp).

11. Lời kết

Sốc nhiễm khuẩn tiết niệu là bài học về thứ tự ưu tiên: cứu sinh hiệu – cho thuốc vào – mở chỗ kẹt. Khi bạn đặt được JJ/PCN đúng lúc, bạn không chỉ giảm sốt, hạ lactate, mà còn mở con đường sống cho quả thận đang ngộp thở. Những giờ đầu là của tốc độ và kỷ luật; phần sau là của kiên nhẫn và kế hoạch. Làm đúng vậy, sáng hôm sau bạn sẽ nghe âm thanh dễ chịu nhất của nghề: tiếng nước tiểu chảy đều trong túi –

dấu hiệu cơ thể đã quay về quỹ đạo.

Chương 40. Cương đau dương vật kéo dài (Priapism): phân loại thiếu máu/không thiếu máu – đường chọc hút và xử trí thực hành

1. Mở đầu – Khi "niềm vui hóa nỗi đau"

Không có cấp cứu nào vừa khiến bệnh nhân xấu hổ, vừa khiến bác sĩ bối rối như cương đau dương vật kéo dài (priapism). Người bệnh đến muộn, ôm hạ bộ, nét mặt nhăn nhó, vừa sợ vừa ngượng: "Bác sĩ ơi, tôi… cương mãi không xìu, đau lắm rồi."

Lúc ấy, bác sĩ không được cười, không được chần chừ, mà phải ra tay nhanh – vì mỗi phút trôi qua là từng sợi cơ trơn trong thể hang chết dần vì thiếu máu. Nếu xử trí chậm hoặc sai, hậu quả là mất khả năng cương vĩnh viễn.

2. Định nghĩa và cơ chế

Priapism là tình trạng cương dương kéo dài >4 giờ, không liên quan đến kích thích tình dục, đau và không tự xìu được. Cơ chế chung: mất cân bằng

giữa dòng máu vào và dòng máu ra thể hang.

Có hai thể chính:

Thể	Đặc điểm	Cơ chế	Mức độ khẩn
Thiếu máu (ischemic/ low-flow)	Đau nhiều, dương vật cứng toàn bộ, đầu mềm	Máu không thoát được → ứ CO_2, toan, thiếu O_2 → hoại tử cơ trơn	Cấp cứu thật sự (4–6 giờ đầu quyết định)
Không thiếu máu (non-ischemic/ high-flow)	Ít đau, cương vừa phải, mềm hơn, sau chấn thương	Rò động–tĩnh mạch → máu vào liên tục	Ít khẩn, thường tự giới hạn hoặc cần can thiệp chọn lọc

Ngoài ra còn thể tái phát (stuttering priapism) – cương từng đợt, hay gặp ở bệnh nhân thiếu máu hồng cầu hình liềm.

3. Nhận diện nhanh – “3 nhìn, 2 sờ, 1 hút”

Ba dấu hiệu nhìn:

- Dương vật cương cứng toàn bộ, đầu quy đầu mềm (điển hình thể thiếu máu).
- Da sậm, hơi tím.
- Thường không có kích thích tình dục.

Hai sờ:

- Cứng như gỗ ở hai thể hang (thể thiếu máu).
- Mềm, ấm, không đau (thể không thiếu máu).
- Một hút:
- Lấy máu thể hang (bằng kim 19–21G, đầu gần gốc dương vật).

Máu đen, không đông, khí máu $PaO_2 < 30$ mmHg, $PCO_2 > 60$, pH $< 7.25 \rightarrow$ thiếu máu.

Máu đỏ tươi, khí máu bình thường $\rightarrow$ không thiếu máu.

Đây là bước chẩn đoán quan trọng nhất. Chỉ khi biết thiếu hay không thiếu máu, ta mới biết phải chọc hút hay chỉ theo dõi.

4. Thể thiếu máu (ischemic priapism) – "đồng hồ đếm ngược 4–6 giờ"

4.1. Mục tiêu điều trị

- Phục hồi dòng máu ra khỏi thể hang.
- Cứu cơ trơn thể hang khỏi hoại tử.
- Giảm đau, giảm toan, giảm áp lực.

4.2. Trình tự xử trí (bậc thang 3 bước)

Bước 1: Giảm đau – hỗ trợ nền

- Gây tê gốc dương vật hoặc tại chỗ (lidocaine không adrenalin).
- Giảm đau toàn thân: morphin/NSAID tùy mức.
- Gây an thần nhẹ nếu bệnh nhân căng thẳng.

Bước 2: Chọc hút máu thể hang (aspiration)

- Dụng cụ: kim 19–21G, bơm 20–50 mL, NaCl 0.9%, gạc, găng vô khuẩn.
- Vị trí: mặt bên 10 giờ hoặc 2 giờ của gốc

dương vật (tránh niệu đạo 6 giờ).

- Thủ thuật:

    1. Gây tê tại chỗ.

    2. Chọc vào thể hang (một bên), hút máu đen ra 20–30 mL.

    3. Bơm NaCl 0.9% lạnh rửa đến khi máu ra đỏ tươi hơn.

    4. Nếu chưa mềm → làm bên còn lại.

- Có thể đặt kim hai bên, một hút – một bơm NaCl để "rửa vòng kín".

Kinh nghiệm: chỉ cần thể hang mềm 50–70%, tuần hoàn sẽ tự hồi phục; đừng cố "mềm như ban đầu".

Bước 3: Tiêm thuốc co mạch (alpha-adrenergic agonist)

- Thuốc chọn: Phenylephrine 100–500 μg/mL, tiêm 0.3–0.5 mL mỗi 3–5 phút, tối đa 1 mg trong 1 giờ.

- Pha loãng đúng nồng độ (pha 10 mg phenylephrine trong 100 mL NaCl).
- Tiêm vào thể hang qua kim đang đặt sẵn.
- Theo dõi HA, mạch, ECG – vì thuốc có thể gây tăng huyết áp, loạn nhịp.

Nếu cương giảm rõ → rút kim, băng ép nhẹ 4–6h. Nếu thất bại sau 1 giờ → chuyển sang bước 4 – phẫu thuật shunt.

Bước 4: Phẫu thuật shunt (nếu cần)

- Mục tiêu: tạo đường thoát máu từ thể hang → thể xốp hoặc tĩnh mạch.
- Các kiểu:

Distal shunt (Winter/Ebbehoj): xuyên kim hoặc dao lưỡi số 11 ở đầu dương vật nối thể hang – quy đầu.

Proximal shunt (Quackels/Grayhack): khi distal thất bại.

- Làm dưới gây tê/gây mê toàn thân.

- Sau mổ: theo dõi đau, sưng, rối loạn cương về sau.

Cửa sổ vàng: <4–6h tiên lượng tốt; >24h, 90% bệnh nhân mất khả năng cương tự nhiên. Vì vậy, hãy nhớ: mỗi phút trôi qua là từng sợi cơ trơn thể hang chết dần.

5. Thể không thiếu máu (high-flow priapism) – "dòng máu bị rò"

5.1. Cơ chế

- Thường sau chấn thương vùng tầng sinh môn/dương vật, làm rò động–tĩnh mạch trong thể hang.
- Máu chảy liên tục vào hang → cương vừa phải, không đau, không thiếu oxy.
- Khí máu thể hang: PaO_2 bình thường hoặc cao, màu đỏ tươi.

5.2. Xử trí

- Không cấp cứu tức thì; theo dõi 1–2 ngày đầu, nhiều trường hợp tự hết.

- Nếu kéo dài > 3–5 ngày:
- Chụp mạch chọn lọc (DSA) → xác định rò.
- Can thiệp thuyên tắc (embolization) bằng coil hoặc gel-foam.
- Hiếm khi cần mổ mở.

5.3. Tiên lượng

- Tốt, bảo tồn chức năng cương gần như hoàn toàn.
- Tái phát có thể xảy ra nhưng hiếm.

6. Thể tái phát (stuttering priapism) – "người bạn phiền toái của bệnh hồng cầu hình liềm"

Gặp ở bệnh nhân sickle cell, thalassemia, thuốc hướng thần (trazodone), thuốc PDE5i.

Đặc trưng: nhiều đợt cương đau ngắn (1–3 giờ), tự xìu, nhưng lặp lại thường xuyên → lâu dài gây xơ hóa thể hang.

Điều trị:

Giai đoạn cấp: như thể thiếu máu.

Dự phòng:

- Hydroxyurea (ổn định HbS).
- Thuốc ức chế androgen nhẹ (bicalutamide, ketoconazole) hoặc chẹn α.
- PDE5i liều thấp hàng ngày (nghe nghịch lý nhưng ổn định cơ trơn).

7. Theo dõi & tư vấn sau cơn priapism

Nội dung	Thực hiện
Theo dõi sớm	HA, mạch, đau, sưng nề, nhiễm trùng sau chọc hút.
Siêu âm Doppler thể hang	Sau 1–2 tuần để đánh giá tưới máu và phát hiện xơ hóa.
Chức năng cương	Tư vấn về khả năng rối loạn cương sau này (tùy thời gian thiếu máu).
Dự phòng tái phát	Xác định nguyên nhân (thuốc, máu, thần kinh, tâm lý), hướng dẫn ngưng yếu tố gây.

8. Những sai lầm thường gặp (và cách tránh)

- Đợi tự xìu khi đã >4 giờ. → Sai. Sau 4–6h, cơ trơn hoại tử.
- Tiêm thuốc co mạch trước khi hút máu. → Sai. Phải hút – rửa trước để thuốc tiếp xúc hiệu quả.
- Không theo dõi HA khi tiêm phenylephrine. → Sai. Có thể gây cơn tăng HA – loạn nhịp.
- Không phân biệt thể high-flow → tiêm thuốc bừa. → Sai. Với high-flow chỉ cần theo dõi hoặc chụp mạch.
- Bỏ qua nguyên nhân gốc (thuốc, bệnh huyết học). → Sai. Không dự phòng, bệnh nhân sẽ tái phát.

9. Checklist cấp cứu 15 phút

Xác định: cương >4h, đau? đầu mềm? → nghi thiếu máu.

Khí máu thể hang → phân loại.

Nếu thiếu máu:

1. Gây tê, giảm đau.

2. Chọc hút máu đen hai bên.

3. Rửa NaCl lạnh.

4. Tiêm Phenylephrine 100–500 µg/mL mỗi 3–5 phút (tối đa 1 mg).

5. Nếu thất bại → shunt.

Nếu không thiếu máu: siêu âm Doppler – theo dõi hoặc chụp mạch.

Theo dõi HA, ECG, tránh biến chứng tim mạch.

Dặn dò tái khám & dự phòng tái phát.

10. Kết – "Một cấp cứu nhỏ cứu cả cuộc đời đàn ông"

Cương đau dương vật kéo dài không phải chuyện xấu hổ, mà là cấp cứu thật sự. Nó dạy người bác sĩ hai điều: chẩn đoán nhanh bằng mắt & tay, và ra quyết định kịp bằng trái tim điềm tĩnh. Một cú chọc hút đúng lúc – vài mũi phenylephrine – có thể cứu được một người khỏi cả đời mặc cảm.

Chương 41. Hoại thư Fournier – debridement sớm

– kháng sinh đúng – hồi sức vững

1. Bức tranh mở màn: "chạy đua với dao mổ"

Hoại thư Fournier là nhiễm hoại tử tối cấp của vùng tầng sinh môn – bìu – sinh dục ngoài, có thể lan lên bụng dưới – mông – đùi trong. Bệnh tiến rất nhanh, "đánh lừa" bằng một mảng sưng đau tưởng như nhọt da, rồi tím đen, phỏng rộp, mùi thối, bệnh nhân sốt cao, lơ mơ, tụt huyết áp.

Điều quan trọng nhất: dao mổ đi trước kháng sinh. Cắt lọc càng sớm, càng rộng, càng triệt thì cơ hội sống càng cao. Đừng đợi phim đẹp, đừng đợi xét nghiệm "đủ bộ". Cứu mạng nằm ở phòng mổ, không nằm trên tờ phiếu xét nghiệm.

2. Ai dễ mắc – khi nào nghi ngay?

Yếu tố nguy cơ (nhớ 6 chữ "Đ–B–R–C–T–S"):

- Đái tháo đường (phổ biến nhất), béo phì.
- Rượu/bệnh gan, cao tuổi, suy thận, suy dinh dưỡng.
- Thuốc ức chế miễn dịch, ung thư, HIV.

- Sang chấn/nhọt/áp-xe quanh hậu môn – sinh dục, thủ thuật bẩn.

Nghi Fournier khi:

- Đau vượt mức so với dấu hiệu da.
- Da đổi màu nhanh (đỏ → tím → đen), bóng nước, lạo xạo khí dưới da.
- Sốt, mạch nhanh, HA tụt, bạch cầu cao hoặc giảm, lactate tăng.
- Mùi thối, dịch rỉ bẩn màu xám, lan rất nhanh theo cân mạc.

Quy tắc: "Đau + Sốt + Da tím bẩn vùng tầng sinh môn" → gọi phòng mổ trước, gọi chẩn đoán hình ảnh… sau.

3. Bộ ba cứu mạng: Hồi sức – Kháng sinh – Cắt lọc

3.1. Hồi sức (song song ngay tại cửa cấp cứu)

- Đường truyền lớn, lấy 2 bộ cấy máu.
- Dịch tinh thể theo bundle sepsis (30 mL/kg

khi tụt HA, điều chỉnh theo đáp ứng).

- Vận mạch (norepinephrine) nếu MAP <65 mmHg sau bù dịch.
- Kiểm soát đường huyết 140–180 mg/dL (insulin truyền nếu cần).
- Đau – Oxy – Thận trọng thận: giảm đau, oxy mũi/mặt nạ; theo dõi nước tiểu

3.2. Kháng sinh tĩnh mạch (ngay sau lấy cấy)

Phủ đa vi khuẩn: Gram âm – Gram dương – kỵ khí – toxin.

Một trong các phác đồ thực dụng (tùy kháng đồ địa phương):

- Carbapenem (meropenem/imipenem) ± vancomycin (nguy cơ MRSA) ± clindamycin (ức chế độc tố).
- Hoặc piperacillin–tazobactam ± vancomycin ± clindamycin.
- Dị ứng beta-lactam: quinolone/aztreonam + metronidazole ± vancomycin ± clindamycin.

- Sửa liều theo eGFR. De-escalation sau 48–72h theo cấy.

Nhưng nhấn mạnh lại: Kháng sinh không thay thế cắt lọc. Nó chỉ "giữ biên" trong lúc ta đi dao.

3.3. Cắt lọc (debridement) – sớm, rộng, triệt

- Không chờ CT trừ khi cần xác định lan rất cao; siêu âm chỉ để hỗ trợ nhanh.
- Nguyên tắc: mở rộng qua vùng da lành, cắt vào mô chảy máu tươi. Mô xám, lỏng, mùi thối, không chảy máu → bỏ hết.
- Phẫu thuật nhiều lần: dự kiến cắt lọc nhắc lại 24–48h.
- Dẫn lưu hốc sâu; rửa vết mổ bằng NaCl 0.9%.
- Bảo tồn tinh hoàn khi có thể (thường tưới máu riêng, mô vẫn sống). Nếu bìu mất hết da → tạo túi tạm dưới da đùi để nuôi tinh hoàn chờ tái tạo.
- Có phân/hậu môn bẩn: cân nhắc làm hậu môn nhân tạo chuyển dòng khi ổ nhiễm sát hậu

môn/hở cả cơ thắt.

- Tiểu tiện: đặt sonde bàng quang; nếu niệu đạo tổn thương → đặt ống trên xương mu (SPC).

4. Chăm sóc sau mổ: "đặt đường ray" cho cơ thể hồi sinh

- Hồi sức ICU: dịch – vận mạch – lactate – nước tiểu giờ – điện giải – dinh dưỡng (sớm, giàu đạm).

- Thay băng hàng ngày hoặc VAC (negative pressure) khi nền sạch để giảm phù – kích thích hạt.

- Kiểm soát đường huyết nghiêm ngặt, điều trị bệnh nền (đái tháo đường, suy thận, xơ gan).

- Theo dõi tại giường: nếu đau tăng lại, mùi nặng, mép vết thương tím → vào phòng mổ lại.

- Vật lý trị liệu – tâm lý: sớm ngồi dậy, giảm teo cơ; hỗ trợ tâm lý vì vùng bệnh "nhạy cảm".

5. Tái tạo và che phủ – làm đúng thời điểm

Khi nền sạch – hạt đỏ – CRP giảm – không sốt, tiến hành che phủ:

- Bìu:
- Mất da nhỏ: khâu trực tiếp.
- Mất da lớn: ghép da mỏng tự thân (đùi trong/ bụng dưới).
- Thiếu mô mềm: vạt đùi trong, vạt mông, vạt mạch xuyên.
- Dương vật:
- Thiếu da: vạt trượt bìu/ mu hoặc ghép da mỏng; ưu tiên che phủ mỏng – linh hoạt để bảo toàn chức năng.
- Mục tiêu:
- Bảo vệ cơ quan, dễ vệ sinh, đảm bảo tiểu tiện – giao hợp sau hồi phục. Đừng "tham đẹp" quá sớm; đẹp bền đến sau sạch và sống.

6. Bẫy thường gặp (và cách né)

- Trì hoãn debridement để… chờ CT/ MRI hay

đủ xét nghiệm.

- Né: đi mổ ngay khi lâm sàng rõ. Hình ảnh chỉ phụ trợ.
- Cắt lọc nửa vời – "để lại mép tím, mô xám cho lần sau".
- Né: nguyên tắc tới mô chảy máu tươi ngay mổ đầu; chấp nhận rộng – sâu.
- Tin kháng sinh sẽ "xoay chuyển tình thế".
- Né: Kháng sinh không thấm tốt vào mô hoại tử; dao mổ mới là thuốc chính.
- Quên kiểm soát đường huyết ở người ĐTĐ.
- Né: insulin truyền ngắn, đường huyết 140–180.
- Đánh giá thấp phạm vi lan theo cân mạc (lúc nào cũng "xa hơn mắt thấy").
- Né: mổ rộng hơn bờ lâm sàng, soi lại mỗi 24–48h.
- Chăm sóc vết thương kém: băng ẩm bẩn,

không VAC khi nền sạch.

- Né: thay băng bài bản/ VAC đúng chỉ định.
- Ngại đề xuất chuyển dòng phân khi vết thương sát hậu môn.
- Né: làm sớm nếu bẩn – giúp vết mổ sạch & liền nhanh hơn.

7. Thang điểm – chỉ để nhắc mình không chủ quan, không để… chậm mổ

- LRINEC (CRP, BC, Hb, Na, Cr, đường huyết) cao gợi ý nhiễm hoại tử cân mạc.
- Dù điểm thấp mà lâm sàng xấu → vẫn mổ. Thang điểm không phải giấy phép trì hoãn.

8. Giao tiếp với bệnh nhân & gia đình – nói thật, nói đủ, nói hy vọng

- Nói thật về mức độ nặng và cần mổ ngay.
- Giải thích có thể cần nhiều lần mổ, vạt/ ghép da, sẹo; nhưng cơ hội sống đến từ cắt lọc kịp thời.

- Hy vọng có căn cứ: đa số cứu được tinh hoàn, chức năng tiểu tiện về sau tốt, thẩm mỹ cải thiện theo giai đoạn.

9. Quy trình 6 giờ đầu (dán ở tủ thuốc)

- Sepsis bundle: đường truyền – dịch – vận mạch – oxy – cấy máu.
- Kháng sinh TM ngay (phổ rộng + clindamycin).
- Gọi phẫu thuật: debridement ngay; chuẩn bị mổ nhắc.
- Sonde tiểu; nếu nghi niệu đạo tổn thương → SPC.
- Kiểm soát đường huyết, đánh giá suy tạng (thận, hô hấp).
- Sau mổ: ICU, thay băng/ VAC, dinh dưỡng sớm, hẹn mổ lại 24–48h.

10. Checklist 30 giây

- Đau vượt mức + da tím/đen + mùi thối vùng tầng sinh môn → Fournier.

- Dao mổ ngay; kháng sinh không thay thế cắt lọc.
- Cắt đến mô chảy máu; mổ lại 24–48h.
- Kiểm soát đường huyết, dịch – vận mạch – lactate – nước tiểu giờ.
- VAC khi nền sạch; ghép/vạt đúng thời điểm.
- Đừng quên SPC/ chuyển dòng phân khi cần.

11. Kết: "Sạch trước – Sống rồi – Đẹp sau"

Hoại thư Fournier dạy ta ba điều rất "ngoại khoa": quyết đoán, triệt để, và kỷ luật. Quyết đoán để đi mổ ngay. Triệt để để cắt đến mô sống. Kỷ luật để mổ nhắc – thay băng – kiểm soát đường huyết – nuôi dưỡng đúng hạn.

Khi làm đúng, bạn sẽ thấy điều kỳ diệu: nơi đen thối hôm qua dần đỏ hạt – đầy da, người bệnh đứng dậy, mỉm cười với chiếc quần lót mới. Ở khoảnh khắc đó, bạn hiểu vì sao nghề này gọi là nghề trả lại dòng chảy của sự sống – kể cả ở nơi tưởng như không còn gì để cứu.

Phần VIII. DỊ TẬT BẨM SINH ĐƯỜNG TIẾT NIỆU & SINH DỤC

1. Mở đầu – Khi tạo hoá vẽ lệch một nét

Trong nghề niệu khoa, có những ngày ta không đối mặt với nhiễm, sỏi, hay ung thư – mà với những đứa trẻ vừa sinh ra đã "lệch" một đường nước, một khúc ống, một chỗ nối. Không phải lỗi ai, chỉ là tạo hoá vẽ lệch một nét. Và chính cái lệch đó làm nên hành trình dài giữa phẫu thuật và kiên nhẫn, giữa khoa học và lòng thương.

Bởi khi đối diện với dị tật bẩm sinh, người bác sĩ không chỉ sửa lại một cấu trúc – mà trả lại cho đứa trẻ quyền được lớn lên bình thường, được đi tiểu không đau, không xấu hổ, được làm cha mẹ sau này mà không mặc cảm.

2. Dị tật – không chỉ là bệnh lý, mà là câu chuyện của hành trình phát triển

Từ trong bào thai, hệ tiết niệu và sinh dục hình thành từ một ống chung – đơn sơ mà tinh tế. Một chút sai lệch trong thời gian, vị trí hay tín hiệu, sẽ

dẫn đến những hình thái "kỳ lạ" mà ta gặp trong thực hành:

- Hai quả thận mà dính vào nhau → thận móng ngựa.
- Một thận "đi lạc" xuống chậu → thận lạc chỗ.
- Một niệu quản tách đôi, đổ lạc sang chỗ không nên → niệu quản đôi hay niệu quản lạc chỗ.
- Bàng quang không khép kín, lộ ra ngoài như một vết thương bẩm sinh – exstrophy.
- Lỗ tiểu không nằm giữa, mà ở thấp hoặc cao hơn bình thường – lỗ tiểu lệch thấp/cao.
- Tinh hoàn không xuống bìu – ẩn tinh hoàn, tinh hoàn lạc chỗ.

Những dị tật ấy có thể nhỏ như một vết lệch trên phim siêu âm, nhưng đôi khi lại là cả định mệnh của đứa trẻ – nếu không được phát hiện, can thiệp và theo dõi đúng lúc.

3. Nghề "sửa ống dẫn" – nhưng với lòng của

người gieo hy vọng

Làm dị tật không giống mổ sỏi, càng không giống mổ u. Với người lớn, ta chạy đua với nhiễm trùng, với ung thư. Với trẻ nhỏ, ta chạy đua với thời gian phát triển – từng tháng, từng năm là cơ hội để cơ thể tự hoàn thiện, hoặc lỡ mất mà chẳng bao giờ bù lại được.

Bác sĩ mổ dị tật là người vừa tỉ mỉ như thợ kim hoàn, vừa nhẫn nại như người trồng cây. Có những ca mổ 3 tiếng, có những hành trình kéo dài 10 năm. Và điều kỳ lạ là, niềm vui ở đây không ồn ào: chỉ là thấy đứa trẻ sau mổ chạy nhảy, cười, đi tiểu được bình thường, rồi lớn lên, yêu thương, lập gia đình.

Sửa một ống dẫn nhỏ, mà cứu một cuộc đời dài – đó là giá trị thầm lặng của nghề này.

4. Khi nào cần can thiệp – và khi nào nên chờ

Không phải dị tật nào cũng cần mổ ngay. Có những thận đôi mà vẫn lọc tốt, có những trào ngược niệu quản độ thấp tự hết theo thời gian. Cũng có những khúc nối hẹp, nếu để lâu sẽ làm thận teo dần mà không hay.

Vì vậy, khoa học của dị tật là nghệ thuật của thời điểm. Can thiệp quá sớm – hại mô, ảnh hưởng phát triển. Can thiệp quá muộn – mất chức năng, thận hỏng, cơ hội qua đi.

Người thầy thuốc giỏi không chỉ biết mổ, mà biết khi nào không nên mổ – biết chờ, biết theo dõi, biết để thiên nhiên và cơ thể tự hoàn thiện phần còn dang dở.

5. Mỗi dị tật là một bài học về sự khiêm nhường của nghề

Những đứa trẻ mang dị tật bẩm sinh nhắc ta rằng: Con người dù giỏi đến đâu, vẫn chỉ là người sửa lại nét bút của tạo hoá, chứ không thể vẽ thay tạo hoá. Vì vậy, mọi can thiệp phải xuất phát từ lòng tôn trọng tự nhiên, và hướng đến chất lượng sống trọn vẹn, chứ không chỉ là "phim đẹp sau mổ".

Một dị tật nhỏ có thể là nỗi mặc cảm lớn khi trưởng thành. Một ca phẫu thuật đẹp có thể cứu cả lòng tự tin. Cho nên, điều ta trao không chỉ là kỹ thuật, mà còn là niềm tin và phẩm giá.

6. Bản đồ của phần này – hành trình từ thận đến tinh hoàn

- Chương 42: *Dị tật thận* – thận móng ngựa, đôi, lạc chỗ… khi nào cần can thiệp, khi nào chỉ theo dõi.

- Chương 43: *Dị tật niệu quản* – trào ngược bàng quang–niệu quản, hẹp khúc nối, lạc chỗ; những chỉ định mổ thật sự.

- Chương 44: *Dị tật bàng quang* – từ cổ cao đến exstrophy, nơi ranh giới giữa niệu và ngoại nhi mờ dần.

- Chương 45: *Dị tật niệu đạo & dương vật* – lỗ tiểu lệch thấp/cao, hẹp bẩm sinh; bài học của sự tinh tế và kiên nhẫn trong tái tạo.

- Chương 46: *Dị tật bìu & tinh hoàn* – ẩn tinh hoàn, tinh hoàn lạc chỗ; sớm một năm, đôi khi là cứu cả tương lai sinh sản.

7. Kết – "Những đường nước đầu đời"

Khi viết phần này, tôi nghĩ đến bao ca mổ nhỏ bé mà xúc động: một bé trai 3 tuổi cười khúc khích khi được đi tiểu đứng, một bà mẹ ôm con khóc vì "thận con đã thông rồi", hay một chàng trai từng mang dị tật ngày nào giờ gửi ảnh cưới, nói "bác sĩ ơi, em sắp

làm bố".

Trong những khoảnh khắc đó, tôi hiểu rằng y học không chỉ chữa bệnh, mà sửa lại những điều dang dở của đời. Và phần này – "Dị tật bẩm sinh" – chính là chương của những hy vọng được vá lại, của những đường nước đầu đời được thông suốt, để con người có thể lớn lên trọn vẹn, bình thường, và hạnh phúc.

Không có gì kỳ diệu hơn việc thấy một đứa trẻ từng lệch lạc được chảy đúng dòng – như nước được trả về với tự nhiên, êm đềm mà đầy sự sống.

Chương 42. Dị tật thận (thận móng ngựa, thận đôi, thận lạc chỗ…) – khi nào cần can thiệp

1. Mở đầu: không phải cứ "khác thường" là phải mổ

Nhiều dị tật thận được phát hiện tình cờ qua siêu âm thai hoặc siêu âm sức khỏe. Nghe "dị tật" ai cũng giật mình, nhưng sự thật là phần lớn không cần can thiệp ngay, thậm chí không bao giờ cần mổ nếu

chức năng ổn và không có biến chứng (tắc, nhiễm, sỏi). Câu hỏi đúng không phải "Có mổ không?", mà là: Thận có làm việc ổn không? Có bị tắc hay nhiễm không? Có nguy cơ hỏng dần không? Từ đó ta quyết định theo dõi hay can thiệp.

2. Ba nguyên tắc vàng để ra quyết định

- Chức năng: thận (mỗi bên) còn làm được bao nhiêu phần trăm? (đo bằng xạ hình thận DMSA/MAG3 khi cần).
- Dòng chảy: có tắc ở khúc nối hay niệu quản không? (siêu âm, MAG3/EC diuretic renogram đánh giá tống lưu).
- Biến chứng: có nhiễm tái phát, sỏi, tăng huyết áp, đau liên quan dị tật không?

Không có "mốc phim đẹp" nào thay thế được "thận làm việc tốt, không tắc, không nhiễm". Còn nếu tắc + nhiễm + chức năng tụt, dù phim chưa "xấu", vẫn phải can thiệp.

3. Những dị tật hay gặp – nhận diện & điểm cần nhớ

3.1. Thận móng ngựa (Horseshoe kidney)

- Hai thận dính nhau ở cực dưới bằng một "eo thận", thường nằm thấp hơn bình thường; mạch máu nuôi đa dạng.
- Dễ kèm: hẹp khúc nối bể thận–niệu quản (UPJ), sỏi (do ứ), nhiễm.
- Phần lớn không triệu chứng → chỉ theo dõi.

Khi nào can thiệp?

- Tắc UPJ có triệu chứng (đau hông, nhiễm, giãn đài–bể thận tăng dần) hoặc giảm chức năng bên bệnh.
- Sỏi gây triệu chứng hoặc tái phát.
- Can thiệp thường là tạo hình UPJ (pyeloplasty) hoặc nội soi tán sỏi (URS/PCNL) tùy vị trí – chú ý biến thể mạch.

3.2. Thận đôi / hệ thống góp đôi (Duplex system)

- Một thận có hai hệ thống đài–bể, có thể hai niệu quản (đổ chung hoặc đổ lạc chỗ).

- Kèm theo: trào ngược BQ–niệu quản (VUR) nửa dưới, niệu quản lạc chỗ/ túi sa niệu quản nửa trên → nhiễm, ướt quần ở bé gái.

Khi nào can thiệp?

- Nhiễm tái phát/ VUR độ cao không đáp ứng điều trị dự phòng.
- Niệu quản lạc chỗ gây rỉ tiểu liên tục/ nhiễm.
- Cực thận trên mất chức năng kèm giãn to/ nhiễm → cắt bán phần cực trên + xử lý niệu quản.
- Còn lại: theo dõi, điều trị kháng sinh dự phòng ngắn hạn ở trẻ hay nhiễm (theo phác đồ nhi khoa), hướng dẫn đi tiểu đúng giờ, uống nước đều.

3.3. Thận lạc chỗ (Ectopic kidney: chậu, thắt lưng, bên đối diện)

- Thận nằm thấp (vùng chậu) hoặc bên đối diện (thận chéo).
- Hay kèm: UPJ, sỏi (do ứ), mạch và niệu

quản đi đường vòng.

- Khi nào can thiệp?
- UPJ có triệu chứng/giảm chức năng, đau, nhiễm → pyeloplasty (chọn đường mổ phù hợp vị trí).
- Sỏi có triệu chứng → chọn URS/PCNL tùy giải phẫu; ESWL hiệu quả kém hơn do vị trí sâu.
- Không triệu chứng, chức năng ổn → theo dõi.

3.4. Thận độc nhất bẩm sinh / giảm sản – thiểu sản

- Chỉ có một thận bẩm sinh hoặc một bên nhỏ, chức năng rất thấp.
- Điều quý nhất: giữ thận còn lại khỏe: kiểm soát HA, tránh thuốc hại thận, tầm soát protein niệu.
- Khi nào can thiệp?
- Bất kỳ tắc/ VUR/ sỏi ở thận độc nhất →

ngưỡng can thiệp thấp hơn để bảo tồn chức năng.

3.5. Hẹp khúc nối bể thận–niệu quản (UPJ obstruction) (hay gặp nhất, có thể đơn độc hoặc đi kèm các dị tật trên)

- Trẻ: phát hiện qua siêu âm thai/ sau sinh vì giãn bể thận.
- Người lớn: đau mơ hồ, nhiễm tái phát, sỏi, giảm chức năng.
- Khi nào can thiệp?
- Triệu chứng (đau, nhiễm).
- Xạ hình tống lưu kém (không thoát sau lợi tiểu) kèm giãn tăng.
- Chức năng bên bệnh giảm tiến triển (thường $<40\%$ và giảm dần).
- Can thiệp chuẩn: pyeloplasty (mổ mở/ nội soi/ robot), tỉ lệ thành công cao.

4. Cận lâm sàng "vừa đủ" để quyết định

- Siêu âm: nhìn giãn (độ, diễn tiến), sỏi, nhu mô (dày mỏng).

- Xạ hình thận:

DMSA → chức năng từng thận/ từng cực, sẹo thận.

MAG3/EC (diuretic renogram) → tống lưu (đo thời gian thoát sau furosemide).

- CT/MRI: khi cần bản đồ giải phẫu, mạch máu biến thể (thận móng ngựa, lạc chỗ), sỏi.

- X-quang/VCUG ở trẻ nghi VUR (trào ngược).

- Xét nghiệm nước tiểu – cấy khi nhiễm; creatinine – HA – protein niệu để tầm soát tổn thương chức năng.

Quy tắc: Mỗi xét nghiệm phải trả lời một câu hỏi lâm sàng (Có tắc không? Chức năng bên bệnh bao nhiêu? Có trào ngược không?). Tránh "chụp cho nhiều" nhưng không đổi quyết định.

5. Quyết định can thiệp – thuật toán "3 cửa"

Cửa 1 – Theo dõi khi:

- Không triệu chứng.
- Chức năng bên bệnh ổn định, tống lưu tạm được.
- Không nhiễm tái phát, không sỏi.

Cửa 2 – Can thiệp trì hoãn có kế hoạch khi:

- Có triệu chứng nhẹ nhưng ổn định, hoặc tống lưu xấu nhưng chức năng còn tốt → đặt lịch pyeloplasty/ sửa chữa theo khung thời gian hợp lý (ở trẻ: theo mốc phát triển; ở người lớn: theo khả năng và nguy cơ).

Cửa 3 – Can thiệp sớm/cấp khi:

- Đau nhiều, nhiễm tái phát, giảm chức năng tiến triển, sỏi gây bít, thận độc nhất có tắc.
- Nguyên tắc: giải áp trước (JJ/PCN) nếu có nhiễm/tắc cấp, sửa triệt căn sau khi ổn.

6. Theo dõi lâu dài – "đi bộ đường dài" chứ không chạy nước rút

- Siêu âm: 3–6 tháng/lần năm đầu, sau đó 6–12 tháng/lần nếu ổn.

- HA – protein niệu: mỗi lần tái khám (đặc biệt thận độc nhất).
- Xạ hình nhắc lại: khi triệu chứng thay đổi hoặc giãn tăng.
- Vệ sinh niệu: uống nước đều, đi tiểu đúng giờ, điều trị táo bón ở trẻ (giảm VUR/nhiễm).
- Phòng sỏi: phân tích sỏi nếu có, tư vấn ăn uống (nước, muối, đạm hợp lý).

7. Tư vấn cho gia đình – nói rõ, nói đủ, để bớt sợ

- "Dị tật" không đồng nghĩa "bắt buộc mổ". Nhiều trẻ lớn lên bình thường chỉ với theo dõi.
- Mốc cần quay lại ngay: sốt, đau hông, đái buốt/rắt, nước tiểu hôi/đục, tiểu ít kéo dài.
- Nếu cần mổ, đa số là sửa đường thoát (pyeloplasty) hoặc xử lý cực thận/niệu quản có vấn đề; mục tiêu giữ tối đa mô thận.
- Ở thận móng ngựa/ lạc chỗ, phẫu thuật đôi khi khác thường do mạch – niệu quản biến thể; đây là "mổ theo bản đồ cá nhân hóa".

- Thận độc nhất: sống bình thường nếu giữ thói quen tốt, tránh thuốc hại thận, theo dõi đều.

8. Tình huống điển hình (và cách tôi xử trí)

Ca 1 – Trẻ 3 tháng, giãn bể thận phát hiện từ thai

- Siêu âm sau sinh: giãn độ nhẹ–trung bình, bé ăn ngủ tốt, không sốt.

- Kế hoạch: theo dõi 3 tháng/lần; nếu tăng giãn hoặc MAG3 xấu → mổ. Đa số ổn và không cần can thiệp.

Ca 2 – Thanh niên đau hông trái, thận móng ngựa + UPJ trái

- Siêu âm: giãn bể trái; CT thấy mạch cực dưới bắt chéo.

- Kế hoạch: pyeloplasty (nội soi/robot) tái tạo chỗ nối, chuyển vị trí để tránh mạch chèn. Đau hết, chức năng ổn.

Ca 3 – Bé gái 6 tuổi, rỉ tiểu liên tục từ nhỏ

- Siêu âm: thận đôi; nghi niệu quản cực trên lạc chỗ đổ vào niệu đạo.

- Kế hoạch: khảo sát thêm, cắt cực trên mất chức năng + chỉnh niệu quản; hết rỉ, hết nhiễm.

Ca 4 – Người 55 tuổi, thận chậu phải + sỏi nhiều

- Kế hoạch: chọn PCNL/mini-PCNL theo hướng dẫn hình ảnh; tán sạch sỏi, tư vấn phòng tái phát.

9. Bẫy thường gặp (và cách né)

- Thấy giãn là… mổ. → Sai: giãn không đồng nghĩa tắc. Cần đánh giá tống lưu + chức năng.

- Theo dõi mù mờ, không mốc. → Sai: phải có lịch siêu âm cụ thể, tiêu chí đổi chiến lược rõ ràng.

- Quên thận còn lại/ thận độc nhất. → Sai: thận độc nhất → ngưỡng can thiệp thấp, theo dõi HA, protein niệu.

- Mổ UPJ mà không để ý mạch chèn (thận

móng ngựa/ lạc chỗ). → Sai: bản đồ mạch trước mổ (CT/MR angiography) cực kỳ quan trọng.

- Coi "nhiễm tái phát" là chuyện nhỏ ở hệ đôi/ VUR. → Sai: mỗi lần nhiễm có thể để lại sẹo thận → suy mạn, tăng HA.

10. Checklist 60 giây – quyết định can thiệp trong dị tật thận

- Có triệu chứng? (đau, sốt, nhiễm tái phát, rỉ tiểu)
- Có tắc? (MAG3/EC: thoát kém sau lợi tiểu; siêu âm: giãn tăng)
- Chức năng bên bệnh? (DMSA/ chia chức năng $<40\%$ và giảm dần)
- Thận độc nhất? (ngưỡng can thiệp thấp)
- Có sỏi/nhiễm kèm? (xử lý sớm, đôi khi giải áp trước, sửa triệt căn sau)
- Bản đồ mạch/ giải phẫu bất thường? (móng ngựa, lạc chỗ → chụp trước mổ)

11. Kết: "Sửa khi cần, chờ khi nên – giữ lấy những gì tự nhiên đã cho"

Dị tật thận không phải là bản án, mà là một biến thể của tạo hoá. Việc của chúng ta không phải "đưa mọi thứ về sách giáo khoa", mà là giữ cho quả thận ấy làm việc bền bỉ: không tắc, không nhiễm, không sỏi, không tụt chức năng. Khi cần can thiệp, hãy làm đúng lúc và đúng chỗ mở đường cho nước chảy êm; khi nên chờ, hãy kiên nhẫn và theo dõi có mốc.

Làm được như vậy, rất nhiều đứa trẻ và người lớn sẽ đi qua cuộc đời như chưa từng có "dị tật" chỉ là một quả thận khác một chút, nhưng vẫn sống tốt, sống lâu, và sống bình thường.

Chương 43. Dị tật niệu quản – trào ngược bàng quang–niệu quản (VUR), hẹp khúc nối bể thận–niệu quản (UPJ), niệu quản lạc chỗ; những chỉ định mổ thật sự

1. Bản đồ khái niệm – niệu quản là "đường ống một chiều"

Niệu quản đúng chuẩn làm 3 việc: đưa nước tiểu từ bể thận xuống bàng quang, không để trào ngược,

và không bị kẹt. Dị tật thường "đánh" vào một (hoặc cả ba) chức năng ấy:

- VUR (*Vesicoureteral Reflux*) → van chống trào hỏng: nước từ bàng quang chảy ngược lên.
- Hẹp UPJ (*Ureteropelvic Junction obstruction*) → chỗ nối bể thận–niệu quản bị kẹt: thoát khó.
- Niệu quản lạc chỗ → miệng niệu quản đổ sai địa chỉ (niệu đạo, tiền đình âm đạo, cổ bàng quang…), gây rỉ tiểu, nhiễm, ứ nước.

Nguyên tắc quyết định mổ hay không: (1) Chức năng thận có nguy cơ mất? (2) Có nhiễm tái phát/ sẹo thận? (3) Có triệu chứng dai dẳng/ chất lượng sống kém? Nếu có, thiên về sửa. Nếu không, thiên về theo dõi có mốc.

2. VUR – trào ngược bàng quang–niệu quản

2.1. Cốt lõi sinh lý bệnh

"Van" chống trào là đoạn niệu quản chui xiên qua thành bàng quang; đường xiên ngắn hoặc lỗ niệu quản lệch → trào ngược khi bàng quang co bóp. VUR dễ gây nhiễm ngược dòng, để lại sẹo thận

ở trẻ.

2.2. Chẩn đoán – phân tầng

- VCUG (chụp bàng quang niệu đạo ngược dòng) là tiêu chuẩn chẩn đoán; phân độ I–V.
- DMSA: phát hiện sẹo thận và chia chức năng từng bên.
- Siêu âm: đánh giá giãn bể thận, nhu mô, bàng quang.
- Lâm sàng: UTI tái phát (sốt cao), rối loạn đi tiểu, táo bón (BBD –*bladder bowel dysfunction*).

2.3. Điều trị theo bậc thang

Mục tiêu: ngăn nhiễm + sẹo, bảo tồn chức năng thận, giúp "van" trưởng thành ở nhóm có cơ hội tự hết.

- Điều trị nội – chờ trưởng thành (đa số độ I–III):
- Giáo dục đi tiểu đúng giờ, điều trị táo bón.
- Uống nước đều, vệ sinh niệu.

- Kháng sinh dự phòng liều thấp ở trẻ <1–2 tuổi hoặc UTIs tái phát.

Theo dõi 6–12 tháng: siêu âm; DMSA nếu UTI sốt; VCUG cân nhắc khi lâm sàng xấu.

- Xâm lấn tối thiểu – tiêm nội bàng quang (Deflux/ hyaluronic acid–dextranomer):

- Hữu ích cho VUR độ II–III có UTI tái phát dù đã tối ưu hóa hành vi – dự phòng.

- Tỉ lệ thành công cao, có thể cần tiêm nhắc.

- Mổ tái tạo chỗ nối niệu quản–bàng quang (reimplantation):

Chỉ định thật sự:

1. VUR độ IV–V (cao) + UTI sốt tái phát/ sẹo thận.

2. Thất bại điều trị nội + tiêm nội soi.

3. Kèm bất thường giải phẫu (lỗ niệu quản rộng, miệng đôi, túi sa niệu quản).

Mổ mở, nội soi/robot đều cho kết quả ổn định;

mục tiêu tạo đường xiên đủ dài cho anti-reflux.

Ghi nhớ: VUR không phải do thuốc chống đông hay "đi tiểu mạnh"; gốc là cấu trúc chỗ nối. Mổ khi thật sự cần để giảm sẹo – giữ chức năng.

3. Hẹp khúc nối bể thận–niệu quản (UPJ)

3.1. Cơ chế hay gặp

Khuyết tật thành niệu quản (sợi cơ bất thường) → nhu động kém.

Mạch máu cực dưới chèn ép.

Van, gấp khúc bẩm sinh. Hậu quả: ứ nước trên, đau mơ hồ, nhiễm, sỏi; ở trẻ: giãn phát hiện từ siêu âm thai.

3.2. Đánh giá

- Siêu âm nối tiếp: độ giãn, bề dày nhu mô.
- MAG3/EC diuretic renogram: tống lưu sau furosemide; chia chức năng tương đối từng thận.
- CT/MR urography: "bản đồ" khi cần (mạch

chèn, giải phẫu bất thường).

3.3. Chỉ định mổ thật sự (pyeloplasty)

- Triệu chứng: đau lặp lại, UTI, nôn ói ở trẻ.
- Tống lưu kém rõ rệt kèm giãn tiến triển.
- Chức năng bên bệnh $<40\%$ hoặc giảm dần qua theo dõi.
- Thận độc nhất/ song phương: ngưỡng mổ thấp.
- Biến chứng: sỏi lớn, thận ứ nước độ nặng.

Kỹ thuật: *Anderson–Hynes dismembered pyeloplasty* (mở, nội soi, robot) – chuẩn vàng; sửa chỗ nối, chuyển vị nếu có mạch chèn; thường đặt JJ tạm.

Theo dõi sau mổ: siêu âm 3–6–12 tháng; renogram khi dày đặc triệu chứng hoặc siêu âm xấu.

Sai lầm hay gặp: thấy giãn là mổ. Giãn $\neq$ tắc; phải có tống lưu xấu/ chức năng tụt/ triệu chứng mới mổ.

4. Niệu quản lạc chỗ & túi sa niệu quản

(ureterocele)

4.1. Bức tranh điển hình

- Bé gái rỉ tiểu liên tục dù vẫn có các lần "đi tiểu bình thường" (vì niệu quản cực trên đổ lạc chỗ vào tiền đình âm đạo/niệu đạo → rỉ "không kìm được").
- Nhiễm tiểu lặp lại, giãn hệ trên.
- Ureterocele: túi phồng ở cổ bàng quang/ niệu đạo, cản trở dòng chảy.

4.2. Chẩn đoán

- Siêu âm: giãn hệ trên, hình túi cystic ở bàng quang (ureterocele).
- VCUG: đánh giá VUR kèm.
- MRU/CTU: bản đồ khi cần.
- DMSA: chức năng cực trên (hay mất chức năng).

4.3. Xử trí – khi nào mổ?

- Niệu quản lạc chỗ có triệu chứng (rỉ tiểu,

UTI, giãn nặng) → mổ.

Nếu cực trên mất chức năng: cắt bán phần cực trên + xử lý đoạn niệu quản.

Nếu còn chức năng: reimplantation niệu quản đúng vị trí + sửa chống trào.

- Ureterocele:

Cắt nội soi lỗ ureterocele để giải phóng thoát lưu (đơn giản, nhanh).

Nhưng theo dõi VUR thứ phát sau cắt; nhiều ca cần mổ tái tạo thì 2.

Mẹo lâm sàng: rỉ tiểu "2 kiểu" ở bé gái → nghĩ ngay niệu quản lạc chỗ.

5. "Megaureter" nguyên phát (niệu quản giãn) – nói ngắn mà đủ

- Do hẹp đoạn nối niệu quản–bàng quang hoặc rối loạn nhu động, không do trào ngược hay tắc "hữu hình".

- Nhiều ca tự cải thiện theo tuổi.

Mổ khi:

- UTI tái phát, giãn tăng, chức năng tụt, hoặc tắc rõ trên renogram.
- Phẫu thuật: cắt ngắn – chỉnh đường kính – tái cắm niệu quản chống trào.

6. Cận lâm sàng "đúng câu hỏi"

- Siêu âm nối tiếp: có tăng giãn? nhu mô mỏng dần?
- Renogram (MAG3/EC): tống lưu và phân suất chức năng.
- DMSA: sẹo thận (VUR), đánh giá cực thận (hệ đôi).
- VCUG: VUR và bất thường cổ bàng quang.
- CT/MR urography: giải phẫu, mạch chèn (UPJ), lạc chỗ phức tạp.

Mỗi xét nghiệm phải trả lời một quyết định: theo dõi hay mổ, mổ cái gì.

7. Thuật toán tóm tắt – "mổ hay đợi?"

A. VUR

- Độ I–III, ít UTI, không sẹo → điều chỉnh hành vi ± dự phòng, theo dõi.
- UTI sốt tái phát/ DMSA có sẹo/ độ IV–V → tiêm nội soi hoặc mổ tái tạo.
- Thất bại/ bất thường nặng → mổ.

B. UPJ

- Không triệu chứng, renogram thoát được, chức năng ổn → theo dõi.
- Đau/ UTI + thoát kém ± chức năng tụt → pyeloplasty.
- Thận độc nhất/ song phương/ biến chứng → can thiệp sớm (thậm chí giải áp trước bằng JJ/PCN).

C. Niệu quản lạc chỗ/ ureterocele

- Rỉ tiểu/ UTI/ giãn nặng → mổ (cắt cực trên mất chức năng; tái cắm nếu còn chức năng).
- Ureterocele: cắt nội soi sớm để thoát lưu,

theo dõi VUR, cân nhắc tái tạo thì 2.

D. Megaureter nguyên phát

- Đa số đợi; mổ nếu UTI tái phát/ chức năng giảm/ tắc rõ.

8. Theo dõi lâu dài – "mỗi 6–12 tháng một cột mốc"

- Siêu âm: 3–6 tháng/lần năm đầu, sau 6–12 tháng/lần nếu ổn.
- HA – protein niệu: tầm soát tổn thương thận mạn.
- DMSA khi UTI sốt tái phát (đánh giá sẹo).
- Hành vi bàng quang–ruột: trị táo bón, nhắc uống nước – tiểu đúng giờ (VUR/UTI).
- Ghi mốc quay lại ngay: sốt, đau hông, tiểu rắt buốt, rỉ tiểu mới, nước tiểu hôi/đục.

9. Những "bẫy" kinh điển (và cách né)

1. Thấy giãn = mổ. → Sai: phải có tắc thực sự/ chức năng tụt/ triệu chứng.

2. Bỏ qua BBD (táo bón, tiểu rặn) ở trẻ VUR → UTI tái phát dù "đã uống dự phòng". → Sửa hành vi – điều trị táo bón là "nửa đơn thuốc".

3. Cắt ureterocele xong yên tâm → quên theo dõi VUR thứ phát. → Siêu âm/ VCUG lại theo mốc.

4. Mổ UPJ mà không kiểm tra mạch chèn. → CT/MR angiography khi nghi ngờ; chuyển vị chỗ nối trong pyeloplasty.

5. Thận độc nhất mà "đợi thêm cho chắc". → Ngưỡng can thiệp thấp, ưu tiên giải áp sớm khi UPJ/VUR nặng.

10. Checklist 60 giây – quyết định ở phòng khám

- Triệu chứng? (UTI sốt, đau, rỉ tiểu)
- Siêu âm: giãn tăng? nhu mô mỏng?
- Renogram: tống lưu kém? chức năng $<40\%$ hoặc giảm dần?
- VUR độ mấy? có sẹo trên DMSA? UTI tái phát?

- Lạc chỗ/ ureterocele? rỉ tiểu “2 kiểu”?
- Thận độc nhất/ song phương? → hạ ngưỡng mổ.
- Quyết định: đợi + dự phòng hay tiêm nội soi hay mổ tái tạo (pyeloplasty/ reimplantation/ cắt cực trên…).

Kết: “Sửa đúng chỗ, đúng lúc – để đường nước của trẻ lớn lên cùng cơ thể”

Dị tật niệu quản dạy ta kỷ luật của thời điểm:

- Đợi khi có cơ hội tự trưởng thành (VUR nhẹ, megaureter).
- Sửa khi nhiễm tái phát, chức năng tụt, tắc rõ (UPJ, VUR nặng, lạc chỗ).

Làm được vậy, ta không chỉ sửa một “đường ống”, mà bảo vệ một quả thận cho cả cuộc đời – để đứa trẻ lớn lên khỏe mạnh, người mẹ bớt lo, và dòng nước trong cơ thể chảy êm như vốn dĩ.

Chương 44. Dị tật bàng quang – từ “cổ cao” đến exstrophy, nơi ranh giới giữa niệu và ngoại nhi

mờ dần

1. Mở đầu: bàng quang – chiếc "bình chứa biết nghĩ"

Bàng quang bẩm sinh "khác thường" không chỉ sai ở hình dạng; thường sai cả chức năng: chứa kém, co bóp lệch, cổ bàng quang quá cao, hoặc… không có bức tường khép kín (exstrophy). Vì vậy, khi nói về dị tật bàng quang, ta vừa nói chuyện ống – van – thành, vừa nói chuyện áp lực – dung tích – kiểm soát. Và đây cũng là nơi niệu khoa bắt tay chặt với ngoại nhi: đóng thành bụng, chỉnh khung chậu, tái tạo cổ bàng quang, bảo tồn thận – tất cả diễn ra trên thân hình rất nhỏ của một đứa trẻ.

2. Nhóm bệnh chính (bản đồ để không lạc)

- Cổ bàng quang cao / tắc nghẽn cổ bẩm sinh (Primary Bladder Neck Obstruction – PBNO)
- Exstrophy–epispadias complex (EEC): từ epispadias đơn thuần → bladder exstrophy → cloacal exstrophy
- Túi thừa bẩm sinh của bàng quang (congenital diverticulum)

- Bất thường ống niệu rốn (urachus): tồn tại hoàn toàn (rỉ nước tiểu rốn), nang, xoang, đường rò

- (Liên quan – đã bàn ở Ch.43.: ureterocele, VUR phối hợp

- (Hội chứng kèm): Prune-belly, rối loạn phát triển khung chậu (ảnh hưởng đóng exstrophy)

Mục tiêu điều trị, dù hoàn cảnh khác nhau, luôn xoay quanh ba chữ: BẢO TỒN THẬN – TẠO CHỨC NĂNG CHỨA AN TOÀN – KIỂM SOÁT ĐƯỜNG TIỂU.

3. Cổ bàng quang cao (PBNO) – "cửa ra quá chật từ khi sinh"

Bức tranh lâm sàng: trẻ (thường bé trai) tiểu tia yếu, kéo dài, có khi đái rắt, đái đêm; siêu âm thấy dày thành và tồn lưu (PVR) tăng, dễ UTI. Ở nữ hiếm hơn nhưng có.

Chẩn đoán:

- Uroflow/PVR: dòng đỉnh thấp, biểu đồ đầu tù–đuôi dài; PVR tăng.

- Nội soi: cổ bàng quang cao – nhọn, niệu đạo

không hẹp thực sự.

- Niệu động học:

  detrusor

  co tốt nhưng áp lực tống cao, lưu lượng thấp → gợi tắc ở cổ.

Điều trị bậc thang:

1. Chỉnh hành vi + α–blocker (tamsulosin) ở trẻ lớn/thiếu niên: giúp giảm áp cổ, cải thiện dòng.

2. Rạch cổ bàng quang nội soi (incision/BNI) khi thất bại nội khoa, PVR cao, UTIs tái phát, hoặc biến chứng trên: dày thành, ứ nước.

3. Nguyên tắc: rạch nhẹ – nông – đúng vị trí (5h–7h) để giảm kháng lực mà không làm mất kiểm soát.

4. Theo dõi có mốc: uroflow/PVR sau 6–12 tuần; siêu âm thận–bàng quang.

Bẫy: đừng nhầm với van niệu đạo sau (PUV –

thuộc niệu đạo, không phải cổ) hoặc bàng quang thần kinh. Niệu động học & nội soi giúp phân ranh.

4. Exstrophy–Epispadias Complex (EEC) – "khi bàng quang mở ra ngoài cơ thể"

Phổ bệnh:

- Epispadias: lỗ tiểu mở mặt lưng dương vật/ âm vật, sàn niệu đạo thiếu; thường tiểu không kiểm.
- Bladder exstrophy: thành trước bàng quang vắng mặt, niêm mạc lộ; xương mu tách rộng, thành bụng dưới thiếu; kèm epispadias.
- Cloacal exstrophy: nặng nhất, phối hợp dị tật trực tràng – sinh dục.

Mục tiêu chiến lược dài hạn:

1. Đóng bàng quang – thành bụng – khung chậu sớm (thường <72 giờ sau sinh khi thuận lợi).
2. Tạo bàng quang có dung tích & áp lực an toàn (chứa được, áp lực thấp để bảo vệ thận).

3. Tái tạo kiểm soát (cổ bàng quang, niệu đạo, cơ thắt) đạt khô ban ngày nếu có thể.

4. Bảo tồn sinh dục & chức năng: sửa epispadias, hỗ trợ phát triển dương vật/âm vật, định hướng giới tính phù hợp khi phức tạp.

Các mốc can thiệp:

- Đóng sơ sinh:

Đóng bàng quang & thành bụng, kéo về đường giữa, làm mềm khung chậu (nhiều trung tâm kèm cắt xương chậu để giảm căng).

Chăm sóc niêm mạc trước mổ: che ẩm, vô trùng tương đối.

- Giai đoạn 2–3 (tuỳ trung tâm):

Tái tạo cổ bàng quang (Young–Dees–Leadbetter và biến thể) khi bàng quang đạt dung tích;

Sửa epispadias (Cantwell–Ransley…) để cải thiện thẩm mỹ – chức năng;

Tái cắm niệu quản nếu VUR;

Khi dung tích không đạt/áp lực cao → tăng thể tích (augmentation) + đường thông tiểu sạch qua kênh rốn–ruột thừa (*Mitrofanoff*).

Theo dõi:

- Siêu âm thận–bàng quang định kỳ: ứ nước? dày thành?
- Niệu động học: áp lực chứa, compliance, dung tích.
- Đánh giá kiểm soát: rò rỉ? số lần thay bỉm? nhu cầu CIC (thông tiểu sạch ngắt quãng).
- Tâm lý – xã hội: đồng hành dài hạn với gia đình.

Bẫy & biến chứng:

- Hở lại đường đóng, sa niêm mạc, nhiễm, sỏi bàng quang, VUR, hẹp cổ sau tái tạo, loạn sản xương mu ảnh hưởng dáng đi.
- Cần nói trước về lộ trình nhiều thì, không có "một mổ xong là xong".

5. Túi thừa bẩm sinh bàng quang – "hốc nhỏ,

chuyện không nhỏ”

Đặc điểm: thành bàng quang lõi ra thành túi, thường gần lỗ niệu quản; có thể ứ đọng → UTI, sỏi, tắc ra cửa niệu quản gây VUR thứ phát.

Chẩn đoán: Siêu âm (hốc thông bàng quang), VCUG (đổ thuốc vào túi), nội soi (quan sát cổ túi).

Chỉ định mổ:

- UTI tái phát, sỏi túi, VUR/ tắc lỗ niệu quản, hoặc nghi u trong túi (hiếm).
- Cắt túi thừa + tái cắm niệu quản nếu túi liên quan lỗ niệu quản; trường hợp nhỏ/không biến chứng có thể theo dõi.

6. Bất thường urachus – “đường ống quên đóng”

Sinh lý phôi: urachus nối đỉnh bàng quang với rốn; bình thường xơ hoá sau sinh. Khi “quên đóng” →

- Tồn tại hoàn toàn: rỉ nước tiểu ở rốn.
- Nang urachus: nhiễm, đau bụng dưới, rối rỉ ở rốn.

- Xoang rốn: rỉ dịch hôi.

Chỉ định mổ:

- Triệu chứng (rỉ, nhiễm), nang kích thước lớn/ tái phát → cắt urachus toàn bộ từ rốn đến đỉnh bàng quang, đóng vòm bàng quang.
- Không triệu chứng nhỏ có thể theo dõi, nhưng đa số khuyên cắt ở trẻ lớn để tránh nhiễm dai dẳng/ ác tính hoá rất hiếm.

7. Khảo sát & quyết định – cận lâm sàng "đủ xài"

- Siêu âm: đầu tay, theo dõi dung tích, thành dày, ứ nước, túi thừa, urachus.
- VCUG: trào ngược (VUR), túi thừa, hình ảnh cổ cao.
- Niệu động học (trẻ đủ tuổi hợp tác/qua catheter): đánh giá áp lực chứa – compliance – co thắt.
- Nội soi: nhìn cổ bàng quang, lỗ niệu quản, túi thừa; làm đồng thời rạch cổ khi PBNO.
- MRI/CT: bản đồ xương chậu, thành bụng

(EEC), khối urachus phức tạp.

Nguyên tắc: Mỗi xét nghiệm phải trả lời một quyết định (đóng, rạch, tái tạo, tăng thể tích, hay theo dõi).

8. Chiến lược chung theo "ba câu hỏi"

1. Thận có đang bị đe doạ? (ứ nước, VUR cao, nhiễm sốt lặp lại) → ưu tiên can thiệp.

2. Bàng quang chứa có an toàn? (áp lực chứa cao, compliance kém) → tăng thể tích/giảm áp lực trước khi mơ ước "khô".

3. Trẻ (gia đình) có khả năng kiểm soát/ chấp nhận CIC? → Lập kế hoạch kênh thông Mitrofanoff khi cần.

9. Những ca mẫu để "nhìn là nhớ"

- Bé trai 2 ngày tuổi, bàng quang lộ: che ẩm, kháng sinh dự phòng, đóng trong 72 giờ + (cân nhắc) cắt xương chậu; theo dõi dung tích, giai đoạn 2: cổ khi đủ lớn.

- Thiếu niên tiểu tia yếu, PVR 200 ml, cổ cao trên nội soi: α–blocker 6–8 tuần; thất bại →

rạch cổ 5h–7h; tái khám uroflow sau 8–12 tuần.

- Bé gái rỉ rốn hôi: siêu âm thấy nang urachus; điều trị kháng sinh ngắn ngày nếu nhiễm, cắt trọn urachus.

- Túi thừa cạnh lỗ niệu quản + UTI & sỏi: cắt túi + tái cắm niệu quản; theo dõi VUR sau mổ.

10. Bẫy hay gặp (và cách né)

1. Đặt mục tiêu "khô" trước "an toàn" ở EEC → thận hư lặng lẽ.

Né: luôn đặt thận lên trước: áp lực chứa thấp, thoát tốt, rồi mới bàn kiểm soát.

2. Rạch cổ quá tay trong PBNO → són tiểu.

Né: rạch nông – đúng vị, lượng vừa đủ; tái đánh giá theo mốc.

3. Quên niệu động học trước quyết định tăng thể tích.

Né: cần con số để tránh mổ "thừa" hoặc "thiếu".

4.Theo dõi mù mờ EEC sau đóng: đến khi ứ nước mới biết.

Né: lịch siêu âm cố định + test chức năng định kỳ.

5. Coi urachus rỉ là viêm da rốn đơn thuần.

Né: siêu âm/ fistulography khi rỉ dai dẳng; mổ cắt trọn.

11. Theo dõi dài hạn – cuộc chạy bền của cả ê-kíp

- Siêu âm thận–bàng quang: 3–6 tháng trong 2 năm đầu, sau đó 6–12 tháng.
- Đánh giá chức năng bàng quang: nhật ký đi tiểu, niệu động học theo tuổi.
- UTI: giáo dục nhận biết sốt – tiểu buốt; cấy sớm.
- Tâm lý – xã hội – trường học: vì "khô – ướt" ảnh hưởng tự tin của trẻ.
- Chuyển tiếp sang người lớn: kế hoạch rõ (CIC, theo dõi sỏi, thay kênh Mitrofanoff khi hẹp).

12. Checklist 60 giây (để quyết nhanh mà đúng)

- Thận: ứ nước? VUR? nhiễm sốt lặp lại?
- Bàng quang: dung tích? áp lực chứa? PVR?
- Cổ: cao/tắc? đã thử α–blocker? có chỉ định rạch?
- Exstrophy: đã đóng sơ sinh? có kế hoạch cổ/ augmentation?
- Urachus/túi thừa: triệu chứng? nhiễm/sỏi? → cắt – tái tạo khi cần.
- Gia đình: hiểu & đồng hành CIC? mốc tái khám rõ chưa?

13. Kết: "Đóng cánh cửa, mở tương lai"

Dị tật bàng quang dạy ta thứ tự: thận an toàn trước, bàng quang chứa tốt kế tiếp, kiểm soát khô là trái ngọt sau cùng. Ở ranh giới giữa niệu và ngoại

Chương 45. Dị tật niệu đạo & dương vật – lỗ tiểu lệch thấp/cao, hẹp bẩm sinh: bài học của sự tinh tế và kiên nhẫn trong tái tạo

1. Mở đầu: một "lỗ nhỏ" nhưng là chuyện rất lớn

Với người lớn, ta hay chữa những chuyện "tắc–thông" ầm ầm. Với trẻ em, đôi khi điều cần chữa chỉ là một lỗ tiểu nằm lệch vài milimét, một sợi dây kéo cong (chordee), hay một đoạn niệu đạo bẩm sinh hẹp. Nhỏ vậy nhưng ảnh hưởng đi tiểu, hình dạng, tự tin, tình dục và sinh sản khi trưởng thành. Vì thế, tái tạo niệu đạo–dương vật là nghệ thuật của sự tinh tế: chạm nhẹ, nhìn xa, biết chờ đúng lúc và sửa đúng lượng.

2. Bản đồ khái niệm – nói ngắn cho dễ nhớ

- Lỗ tiểu lệch thấp (hypospadias): lỗ mở mặt bụng dương vật (quy đầu–thân–gốc), thường kèm quy đầu chẻ, dây cong.
- Lỗ tiểu lệch cao (epispadias): lỗ mở mặt lưng, hay đi cùng exstrophy (đã nói ở Ch.44., dễ tiểu không kiểm.
- Cong dương vật bẩm sinh (chordee): dương vật gập xuống, đôi khi không kèm lệch lỗ.
- Hẹp bẩm sinh: hẹp miệng sáo (meatal stenosis) hoặc đoạn niệu đạo ngắn hẹp do phát

triển bất thường.

- Các biến thể khác: niệu đạo đôi, màng niệu đạo trước, diverticulum bẩm sinh.

Một nguyên tắc thép: không cắt bao quy đầu khi chưa khám định danh hypospadias, vì bao quy đầu là vật liệu tái tạo quý.

3. Mục tiêu lớn: tiểu thẳng – thẳng trục – thẩm mỹ tự tin

Bất kể kỹ thuật nào, ta đều hướng đến ba thứ:

1. Dòng tiểu thẳng, đủ mạnh.
2. Dương vật thẳng trục khi cương, không đau.
3. Hình dạng quy đầu–rãnh quy đầu tự nhiên, sẹo ít, tự tin cho trẻ khi lớn.

Để đạt được, phải đi đúng thứ tự: sửa cong → đặt lỗ đúng chỗ → chống rò → giữ mạch máu & tránh căng.

4. Đánh giá trước mổ – "khám như thợ may đo"

- Vị trí lỗ: quy đầu/ thân/ gốc/ bìu; da lưng–

mặt bụng còn bao nhiêu.

- Mức độ cong: test cương giả bằng nước muối trong mổ; ngoài mổ quan sát khi trẻ tiểu.
- Niệu đạo bản địa (plate): dày/ mỏng/ sẹo? – quyết định chọn TIP hay onlay/staged.
- Tinh hoàn: ẩn tinh hoàn? thoát vị? (xử trí cùng đợt hay sau đó).
- Tiểu tiện: tia yếu? xòe? gợi ý hẹp meatus.
- Tư vấn gia đình: thời điểm mổ lý tưởng 6–18 tháng, trẻ chưa hình thành ký ức – tâm lý tốt hơn; nhưng trẻ lớn vẫn sửa được, chỉ cần chuẩn bị kỹ.

5. Nguyên tắc vàng của tái tạo – "4T & 3L"

4T:

- Tension-free: khâu không căng.
- Two-layer: đóng niệu đạo 2 lớp khi có thể.
- Tissue cover: phủ lớp mạch nuôi (dartos/ tunica vaginalis) lên đường niệu đạo mới để

chống rò.

- Tubing wisely: đặt sonde đủ thời gian (thường 7–14 ngày), cố định tốt.

3L:

- Light touch: cầm nắm mô nhẹ tay, kính phóng đại.
- Low cautery: hạn chế đốt, tránh hoại tử rìa.
- Leave it dry: trường mổ khô, khâu đường sạch – rửa heparin/NS loãng khi cần.

6. Hypospadias – chọn kỹ thuật theo "tấm plate" và độ cong

6.1. Sửa cong (chordee correction) trước:

- Nếu cong do da–mạc Dartos: chỉ giải phóng – sắp xếp lại da.
- Nếu vẫn cong: plication mặt lưng (Nesbit/16-dot) hoặc cắt bản mạc mặt bụng + ghép nếu nặng.
- Mục tiêu: thẳng khi cương giả; "chấp nhận"

còn 5–10° nếu thẩm mỹ tốt và không ảnh hưởng chức năng.

6.2. Đặt lỗ đúng chỗ – các đường kinh điển:

- TIP (Snodgrass) – Tubularized Incised Plate:

Ưu tiên khi plate tốt, hypospadias đầu–giữa thân.

Khía dọc plate → ống hóa → phủ dartos → đặt sonde.

Ưu điểm: thẩm mỹ quy đầu đẹp, tỉ lệ biến chứng thấp khi chọn đúng.

- Onlay island flap:

Khi plate xấu/ mỏng nhưng vẫn muốn một thì, dùng vạt da quy đầu lưng đặt lên plate như "mái ngói".

- Staged (Bracka 2 thì):

Dành cho thể nặng/ cong nặng/ plate xấu/ sẹo, thì 1 lót ghép (niêm mạc miệng/bao quy đầu), thì 2 ống hóa sau 6–12 tháng.

Ít rò, linh hoạt, giá phải trả là kiên nhẫn (hai lần

mổ).

- Mathieu/Parameatal: chọn lọc cho thể quy đầu–rãnh quy đầu.

6.3. Mẹo nhỏ: luôn phủ lớp mạch (dartos hoặc tunica vaginalis flap ở thì sau), đặc biệt khi redo – cứu cánh chống rò.

7. Epispadias – chuyện của van và kiểm soát

- Epispadias đơn thuần (không exstrophy): tia tiểu bắn ngược, tiểu không kiểm mức độ; dương vật ngắn, dựng lưng.

- Mục tiêu: tạo ống niệu đạo lưng, hạ lỗ ra trước hơn, tái tạo cổ bàng quang nếu rò nhiều.

- Kỹ thuật: Cantwell–Ransley và biến thể; đôi khi cần tái tạo cổ (Young–Dees) nếu són.

- Thực tế: tiên lượng phụ thuộc cổ bàng quang – hãy nói sớm với gia đình về khả năng không khô hoàn toàn, cần CIC/ can thiệp bổ sung.

8. Hẹp bẩm sinh – meatal stenosis & đoạn ngắn

- Hẹp miệng sáo: tia tơ, xòe, tiểu rặn; khám thấy miệng nhỏ hình khe.

Điều trị: Meatotomy/ meatoplasty; nhanh, hiệu quả, dặn bôi mỡ – nong nhẹ theo hẹn.

- Hẹp đoạn niệu đạo trước bẩm sinh: hiếm, phân biệt với sẹo do can thiệp.

Điều trị: tạo hình đoạn ngắn (excision & primary anastomosis) khi phù hợp; nếu dài, cân nhắc ghép niêm mạc miệng một/ hai thì.

9. Chăm sóc sau mổ – "chăm ống như chăm mầm"

- Ống thông: cố định không gập, túi thấp; kháng cholinergic (oxybutynin) nếu bàng quang co thắt gây đau–rò.
- Băng ép: giữ khô 48–72h; thay băng nhẹ tay.
- Kháng sinh ngắn ngày theo trung tâm.
- Đau: paracetamol ± ibuprofen; tránh táo bón (sorbitol/ PEG).
- Theo dõi sớm: sưng nề, rỉ nước tiểu bất

thường (nghĩ rò), bí tắc ống.

- Rút ống theo kỹ thuật (thường 7–14 ngày), dặn ngâm ấm giảm phù.

10. Biến chứng – nói thật, sửa thật

- Rò niệu đạo: lỗ rỉ nhỏ cạnh đường khâu; để ổn định mô 6–12 tuần rồi sửa, không vội.

- Hẹp meatus/ hẹp miệng quy đầu: nong nhẹ + bôi steroid; tái phát → meatoplasty.

- Tách đường khâu/ nhiễm: xử trí nhiễm trước, redo khi nền sạch.

- Diverticulum (túi phình) do ống rộng–thành mỏng: sửa thu nhỏ–củng cố.

- Cong tái phát: đánh giá lại, có thể cần plication/ ghép.

Redo là môn của sự kiên nhẫn: mô sẹo, mạch nghèo → ưu tiên staged với ghép niêm mạc miệng và lớp phủ mạch tốt.

11. Tư vấn gia đình & tâm lý – "đi cùng nhau đến tuổi dậy thì"

- Nói rõ lộ trình: có thể nhiều lần can thiệp nhỏ, mục tiêu tiểu thẳng – thẳng trục – thẩm mỹ.

- Nhắc không cắt bao quy đầu trước khi chuyên khoa đánh giá.

- Khi nào quay lại ngay: sốt, sưng đỏ tăng, bí đái, rò nhiều, ống tắc.

- Theo dõi dài hạn: đến dậy thì đánh giá cong khi cương, hình dạng, chức năng; người lớn tuổi nhớ tự tin tinh dục là một phần kết quả.

12. Ba ca "điển hình" (để nhớ nguyên tắc)

- Hypospadias giữa thân + cong 30°: sửa cong bằng plication, TIP + phủ dartos, stent 10 ngày → tiểu thẳng.

- Hypospadias gốc + plate xấu: Bracka 2 thì: ghép niêm mạc miệng (6 tháng), thì 2 ống hóa + tunica flap phủ, tránh rò.

- Meatal stenosis ở bé 5 tuổi: tia tơ, xòe → meatotomy ngoại trú, bôi mỡ 2 tuần, kết quả tức thì.

13. Checklist 60 giây trước quyết định

- Vị trí lỗ & độ cong đã đo chưa? Test cương dự kiến?
- Plate đủ tốt cho TIP hay cần onlay/staged?
- Có vật liệu phủ mạch (dartos/ tunica) nếu rò cao nguy cơ?
- Ống thông cỡ, cách cố định, kế hoạch rút?
- Gia đình hiểu mốc theo dõi và khả năng redo nếu biến chứng?

14. Kết: "Chậm mà bền, ít mà tinh"

Tái tạo niệu đạo–dương vật không đòi hỏi anh hùng, mà đòi bàn tay nhẹ, con mắt dài, và trái tim kiên nhẫn. Sửa vừa đủ để dòng tiểu thẳng, trục thẳng, hình hài tự nhiên – và để đứa trẻ lớn lên không nhớ rằng đã từng khác biệt.

Chương 46. Dị tật bìu & tinh hoàn – ẩn tinh hoàn, tinh hoàn lạc chỗ (Sớm một năm, đôi khi là cứu cả tương lai sinh sản)

1. Mở đầu: vì sao chuyện "quả cà" của bé rất

quan trọng?

Ở bé trai khỏe mạnh, hai tinh hoàn từ trong bụng tụt xuống bìu trong những tháng cuối thai kỳ. Bìu là "nhà mát", nhiệt độ thấp hơn cơ thể một chút, giúp tạo tinh trùng và sản xuất hormon tốt nhất. Khi hành trình này "lỗi nhịp", ta gặp:

- Ẩn tinh hoàn (cryptorchidism): tinh hoàn không nằm trong bìu, có thể kẹt ở bẹn hoặc trong bụng.
- Tinh hoàn lạc chỗ (ectopic): tinh hoàn đi lạc sang vị trí bất thường (gốc đùi, đáy dương vật, trên mu…), không nằm trên đường đi bình thường.

Điểm mấu chốt: phát hiện sớm – xử trí trước 1 tuổi (tốt nhất 6–12 tháng) giúp bảo tồn khả năng sinh sản, giảm nguy cơ xoắn, giảm nguy cơ ung thư tinh hoàn về sau, và giúp bìu phát triển cân đối.

2. Dấu hiệu để phụ huynh nhận ra sớm

- Nhìn: bìu lép một bên hoặc cả hai bên; hai bên bìu không cân xứng.

- Sờ: không thấy “cục tròn” trong bìu; có khi sờ thấy khối nhỏ ở bẹn (tinh hoàn kẹt tại ống bẹn).

- Thay đổi theo thời tiết? Tinh hoàn co lên – xuống do lạnh/hoảng sợ là bình thường nếu vẫn về bìu dễ dàng (gọi là tinh hoàn co rút – retractile). Nếu đa số thời gian không ở bìu, cần khám chuyên khoa.

- Kèm theo: thoát vị bẹn, bìu nhỏ, dương vật – niệu đạo bất thường (lỗ tiểu lệch), đau bẹn.

Lưu ý: “Xoa, nắn, kéo” không làm tinh hoàn xuống; có thể gây chấn thương. Đừng tự chữa mẹo.

3. Ẩn tinh hoàn – những điều cần biết

Ẩn tinh hoàn nghĩa là tinh hoàn dừng lại trên đường đi: trong bụng, lỗ bẹn sâu, ống bẹn hoặc lỗ bẹn nông. Khoảng 2–5% trẻ trai đủ tháng sinh ra có ẩn tinh hoàn; đa số một bên. Đến 6 tháng, có một số bé tự xuống, nhưng sau 6 tháng mà còn ẩn thì khả năng tự xuống rất thấp.

Vì sao phải can thiệp sớm?

- Sinh sản: tinh hoàn ở nơi nóng (bụng/bẹn) làm giảm tế bào mầm từ sớm; phẫu thuật sớm bảo tồn tốt hơn.

- Ung thư tinh hoàn: ẩn tinh hoàn làm tăng nguy cơ; hạ tinh hoàn sớm không loại bỏ hoàn toàn nguy cơ nhưng giảm đáng kể và giúp tự khám – phát hiện sớm khi trưởng thành.

- Xoắn tinh hoàn, chấn thương, thoát vị bẹn: nguy cơ cao hơn nếu ẩn.

- Thẩm mỹ – tâm lý: bìu cân đối, trẻ tự tin hơn khi lớn.

4. Tinh hoàn lạc chỗ – khác gì với ẩn?

Lạc chỗ là tinh hoàn đi sai đường, nằm ở gốc đùi, đáy dương vật, tầng sinh môn…, không nằm trên "đường ống bẹn – bìu". Tự xuống gần như không có → cần phẫu thuật đưa về bìu khi đến tuổi thích hợp (thường 6–12 tháng).

5. Phân biệt với tinh hoàn co rút (retractile)

- Retractile: sờ thấy tinh hoàn về bìu dễ, ở yên được sau khi thả; thường gặp ở bé 3–7 tuổi

do phản xạ cơ nâng tinh hoàn mạnh. Không cần mổ, chỉ theo dõi hàng năm vì một số bé có thể thành "ẩn mắc phải" (ascended testis) khi lớn.

- Ẩn thực sự: không đưa về bìu được hoặc về rồi lại bật lên ngay; cần phẫu thuật đúng thời điểm.

6. Khám và xét nghiệm: cần những gì?

- Khám tay bởi bác sĩ là quan trọng nhất: xác định sờ được hay không sờ được tinh hoàn.

- Siêu âm có thể hỗ trợ khi sờ được; tuy nhiên với tinh hoàn không sờ thấy, siêu âm dễ bỏ sót.

- Nội soi ổ bụng (soi chẩn đoán–điều trị) là tiêu chuẩn khi tinh hoàn không sờ thấy: vừa tìm vị trí, vừa kéo hạ luôn nếu thuận lợi.

- Xét nghiệm hormon/ nhiễm sắc thể: chỉ đặt ra ở trường hợp đặc biệt (hai bên không sờ thấy, kèm lỗ tiểu lệch, cơ quan sinh dục mơ hồ) – nhằm loại trừ rối loạn phát triển giới tính (DSD).

7. Điều trị: mốc 6–12 tháng là "giờ vàng"

Điều trị chuẩn: phẫu thuật hạ tinh hoàn (orchiopexy)

- Thời điểm: tốt nhất 6–12 tháng, muộn nhất trước 18 tháng.
- Cách làm: giải phóng mạch – ống dẫn tinh, đưa tinh hoàn về bìu và cố định trong túi bìu.
- Tinh hoàn không sờ thấy: nội soi ổ bụng để kéo hạ (Fowler–Stephens một thì/hai thì) hoặc cắt bỏ khi tinh hoàn teo – không còn chức năng (đặc biệt một bên teo, bên kia bình thường).
- Tinh hoàn lạc chỗ: phẫu thuật đưa về bìu qua đường rạch tương ứng vị trí lạc.

Thuốc nội tiết (hCG, GnRH): hiện không khuyến cáo thường quy vì tỷ lệ thành công thấp, dễ tái ẩn, và có thể ảnh hưởng tế bào mầm. Một số trung tâm cân nhắc rất chọn lọc.

Hai bên ẩn? Càng cần sớm hơn; có thể đánh giá hormon để chắc chắn có mô tinh hoàn. Kèm thoát vị bẹn? Thường xử trí đồng thời.

8. Sau mổ: chăm sóc thế nào?

- Chườm mát nhẹ 24–48 giờ đầu, giữ băng khô, tránh trẻ đạp, cưỡi xe đồ chơi trong 1–2 tuần.
- Giảm đau: paracetamol ± ibuprofen theo chỉ định.
- Theo dõi: sưng nhẹ là bình thường; nếu đỏ, sốt, chảy dịch hôi, đau tăng → tái khám.
- Tái khám định kỳ: bác sĩ sẽ sờ kiểm tra vị trí, kích thước; đánh giá bìu phát triển.
- Nguy cơ hiếm: tái ẩn, teo tinh hoàn do thiếu máu nuôi, tụ máu – cần phát hiện sớm.

9. Ảnh hưởng lên sinh sản và nguy cơ ung thư

- Sinh sản:
- Ẩn một bên và hạ sớm: phần lớn sinh con tự nhiên khi trưởng thành.
- Ẩn hai bên: nguy cơ giảm tinh trùng cao hơn; càng hạ sớm càng tốt.
- Ung thư tinh hoàn: ẩn tinh hoàn tăng nguy cơ 3–8 lần; hạ sớm giúp giảm nguy cơ và dễ tự

khám phát hiện sớm.

- Tự khám tinh hoàn khi dậy thì và trưởng thành: mỗi tháng một lần sau tắm, nắn nhẹ, nếu thấy cục cứng, to nhanh, nặng tức → khám ngay.

10. Hỏi – đáp nhanh cho bố mẹ

Q: Chờ đến 2–3 tuổi mổ cho "lớn" có tốt hơn không? A: Không. Sau 6–12 tháng, tinh hoàn ở chỗ nóng mất dần tế bào mầm. Mổ sớm hơn tốt cho sinh sản.

Q: Uống thuốc hay xoa bóp có làm tinh hoàn xuống không? A: Không. Thuốc nội tiết ít hiệu quả; xoa bóp có thể chấn thương. Phẫu thuật là điều trị chuẩn.

Q: Siêu âm không thấy tinh hoàn – vậy là mất hẳn? A: Chưa chắc. Tinh hoàn trong bụng siêu âm khó thấy; nội soi sẽ xác định và xử trí.

Q: Sau mổ có phải kiêng vận động lâu không? A: Thường 1–2 tuần tránh hoạt động mạnh; sau đó sinh hoạt bình thường.

11. Khi nào phải đưa trẻ đi khám ngay?

- Nghi bìu lép từ sơ sinh đến 6 tháng không cải thiện.
- Đau bẹn – bìu đột ngột, bìu đỏ, nôn ói (nguy cơ xoắn tinh hoàn – cấp cứu).
- Hai bên không sờ thấy tinh hoàn.
- Kèm bất thường khác: lỗ tiểu lệch, bìu teo, cơ quan sinh dục mơ hồ.

12. Checklist cho bố mẹ (dán trên tủ lạnh)

- Kiểm tra bìu bé khi tắm: có “hai hạt” trong bìu không?
- 6 tháng: nếu vẫn lép → đặt lịch khám niệu nhi.
- Không xoa bóp, không tự nắn kéo.
- Sau mổ: giữ vết mổ khô – sạch, uống thuốc đúng.
- Dậy thì: dạy con tự khám tinh hoàn hàng tháng.

13. Kết: “Sớm một năm – giữ một đời”

Ẩn tinh hoàn và tinh hoàn lạc chỗ không phải lỗi của ai, cũng không phải chuyện hiếm. Tin mừng là phẫu thuật đơn giản – an toàn, nếu đúng thời điểm. Hãy nhớ mốc 6–12 tháng: sớm một năm, đôi khi là giữ trọn tương lai sinh sản, giảm nguy cơ ung thư, và giữ sự tự tin cho con trai bạn sau này.

Một cuộc hẹn khám sớm hôm nay có thể là món quà lớn cho cả cuộc đời của con.

14. Kết – Phần VIII. Dị tật bẩm sinh đường tiết niệu & sinh dục

Có những dị tật nhìn thấy ngay từ khi sinh ra một bìu lép, một lỗ tiểu lệch, một quả thận nằm lạc chỗ và cũng có những dị tật chỉ tình cờ phát hiện sau một cơn sốt, một lần siêu âm. Dù đến sớm hay muộn, tất cả đều hung một thông điệp: tạo hoá đôi khi vẽ lệch một nét, và phần còn lại là việc của con người nhẹ tay mà chỉnh, kiên nhẫn mà chờ.

Trong phần này, chúng ta đã đi qua một hành trình tinh tế của y học: Từ quả thận móng ngựa nằm thấp, cần học cách “chờ và theo dõi có mốc”; Đến niệu quản hẹp hay trào ngược, nơi bác sĩ phải biết

“khi nào nên đợi, khi nào nên mở”; Rồi bàng quang exstrophy, nơi phẫu thuật viên không chỉ khâu lại một vết hở, mà khâu lại hy vọng cho cả một cuộc đời; Qua niệu đạo và dương vật lệch lạc, đòi hỏi bàn tay như thợ kim hoàn; Và cuối cùng là tinh hoàn chưa kịp xuống bìu, nơi mỗi ngày trì hoãn đều là một mảnh cơ hội sinh sản rơi mất.

Tất cả những ca dị tật ấy dạy ta nhiều hơn là kỹ thuật. Chúng dạy ta sự khiêm nhường trước tạo hoá, sự kiên nhẫn trong từng quyết định, và niềm tin vào khả năng tự chữa lành của cơ thể khi ta cho nó điều kiện đúng.

Người thầy thuốc không phải là kẻ thay đổi quy luật tự nhiên, mà là người đưa mọi thứ về đúng chỗ của nó để dòng nước chảy theo lẽ tự nhiên, để đứa trẻ lớn lên mà quên rằng mình từng “khác biệt”.

Phần VIII khép lại bằng một lời nhắc giản dị:

Mỗi ca bệnh không chỉ là một thử thách y học, mà còn là bản nhạc nhỏ của lòng nhân, nơi bàn tay, tri thức và sự cảm thông cùng hòa nhịp. Và khi nhìn thấy một đứa trẻ sau mổ chạy nhảy, cười trong nắng, ta chợt hiểu y học đẹp nhất chính là khi con

người được trở lại bình thường.

Phần IX – BỆNH NAM GIỚI

Có một điều thú vị trong nghề niệu: khi bác sĩ nói chuyện với bệnh nhân nam, đa phần bắt đầu bằng một tiếng ho nhẹ, một ánh nhìn tránh đi, và câu mở đầu quen thuộc:

“Bác sĩ ơi, dạo này… nó yếu hơn trước.”

Đó không phải là một triệu chứng. Đó là sự ngập ngừng của tự trọng, là nỗi sợ bị đánh giá, và là niềm tin mong manh rằng có ai đó sẽ lắng nghe mà không phán xét. Và khi người thầy thuốc đủ kiên nhẫn để im lặng vài giây, người bệnh sẽ bắt đầu kể – chậm rãi, thật thà, đôi khi buồn cười, đôi khi thương đến nhói lòng.

Phần này – Bệnh Nam Giới – không chỉ nói về rối loạn cương, xuất tinh, vô sinh hay những vấn đề giới tính. Nó là bức chân dung của người đàn ông trong thế giới hiện đại, nơi áp lực, bệnh lý và tâm lý hòa vào nhau, làm nên những câu chuyện vừa y học vừa nhân văn.

1. Khi “sức mạnh” là thước đo thầm lặng

Người đàn ông Việt lớn lên trong một nền văn hoá ít nói về tình dục, coi chuyện "phòng the" là cấm kỵ, và đôi khi đồng nhất "đàn ông thật sự" với khả năng sinh lý. Thế nên, mỗi khi rối loạn cương, xuất tinh sớm, hay hiếm muộn, người ta chọn im lặng, tự chữa bằng thuốc "bổ", thảo dược, rượu ngâm, hay lời đồn trên mạng – cho đến khi cơ thể không còn nghe theo nữa. Lúc đó, bệnh đã nặng, và tự ti đã ăn sâu.

Làm nghề này, tôi thấy thương họ nhiều hơn là buồn cười. Bởi phía sau mỗi lời than vãn, là một người chồng lo lắng, một người cha mong con, hay một người đàn ông cô đơn vì sợ bị hiểu lầm. Chữa bệnh nam khoa không phải chỉ là kê thuốc, mà là trả lại cho họ cảm giác "được là mình" – điều giản dị mà quý giá vô cùng.

2. Những chương của phần này là những hành trình đi tìm lại bản lĩnh

Chương 47: Rối loạn cương – bắt đầu từ hiểu cơ chế cương như một phản xạ phức tạp của mạch máu, thần kinh và tâm lý, rồi đi qua từng bậc điều trị – từ thay đổi lối sống, thuốc, cho đến can thiệp. Bởi có khi, chỉ cần ngủ đủ và sống chậm lại, cơ thể

đã biết cách "trỗi dậy" rồi.

Chương 48: Rối loạn xuất tinh – nói về "cuộc đua" mà nhiều người đàn ông tự tạo ra, và cách y học giúp họ lấy lại nhịp tự nhiên của cơ thể, thay vì chạy theo áp lực so sánh.

Chương 49: Vô sinh – hiếm muộn nam – nơi bác sĩ phải làm "thám tử", tìm nguyên nhân từ tinh dịch đồ đến nội tiết, từ lối sống đến bệnh nền, rồi nhẹ nhàng tư vấn cho hai vợ chồng cùng vượt qua cảm giác thất vọng, tội lỗi và hy vọng.

Chương 50: Rối loạn biệt hóa giới tính – chuyện tưởng xa vời, nhưng thật ra là hành trình khó khăn của những cơ thể không trọn vẹn giới, nơi cần sự phối hợp của y học, tâm lý và lòng nhân ái hơn là phán xét.

Chương 51: Tình dục đồng giới – góc nhìn của sức khỏe tiết niệu – sinh dục hiện đại, nơi bác sĩ không còn là người "phán xử", mà là người đồng hành, hướng dẫn dự phòng bệnh lây truyền, khám định kỳ, và tạo không gian an toàn cho người được khám "được là chính mình".

3. Nam khoa – nơi y học gặp nhân sinh

Khác với các phần trước, phần này không chỉ có bệnh án, mà có cả chuyện đời. Bởi trong căn phòng nhỏ của phòng khám nam khoa, nhiều khi ta thấy một người đàn ông ngoài 50 tuổi khóc vì "không còn cảm giác", một thanh niên 25 tuổi lo âu vì "ra quá sớm", một cặp vợ chồng trẻ ngồi nắm tay chờ kết quả tinh dịch đồ, hay một người đàn ông đồng tính hỏi nhỏ: "Bác sĩ ơi, em khám được không?"

Những câu hỏi ấy không có đáp án đúng – sai. Chúng chỉ cần được trả lời bằng sự tôn trọng.

4. Chuyện của thể xác và lòng tự tin

Bệnh lý nam khoa không chỉ là bệnh của "chỗ kín", mà là bệnh của lòng tin và sự thấu hiểu. Người thầy thuốc không chỉ chữa cho cơ thể hoạt động lại, mà còn giúp người đàn ông đứng thẳng trong chính nỗi mặc cảm của mình.

Viết phần này, tôi mong các đồng nghiệp – và cả những người đọc không làm nghề – hiểu rằng:

"Chuyện đàn ông" không đáng xấu hổ. Chỉ có sự im lặng và mặc cảm mới làm tổn thương họ nhiều hơn bệnh tật. Hãy xem phần này như một lời mời: Một lời mời để nhìn lại cơ thể mình, hiểu cơ chế

của bản lĩnh, và đối thoại với chính mình bằng sự bao dung và hiểu biết. Vì sức khỏe tình dục – cũng như sức khỏe tinh thần – không chỉ để sống lâu, mà để sống trọn, sống tự tin, và yêu thương được cả người khác lẫn chính mình.

Chương 47. Rối loạn cương – Khi dòng máu lạc nhịp và lòng tin hụt hơi

Có lẽ trong tất cả các bệnh của đàn ông, rối loạn cương là bệnh "kín tiếng" nhất mà lại "ồn ào" nhất trong lòng. Nó không giết ai, nhưng khiến nhiều người đàn ông thức trắng đêm, nhìn trần nhà mà suy nghĩ triết học: "Tại sao tôi – người từng kiêu hãnh như sư tử – nay lại thành mèo?"

Vâng, cơ chế cương là một bản giao hưởng tinh tế của mạch máu – thần kinh – hormon – tâm lý. Khi mọi thứ hoà tấu đúng nhịp, dòng máu dồn về vật hang, tĩnh mạch đóng lại, tín hiệu thần kinh kích hoạt, và… "ánh sáng sân khấu bật lên". Nhưng chỉ cần một nhạc công trễ nhịp – mạch máu xơ vữa, thần kinh chậm, testosterone giảm, hay tâm lý lo âu – là cả bản nhạc bỗng im phăng phắc.

1. "Bản lĩnh đàn ông" – thứ nhạy cảm nhất hành

tinh

Nhiều người đàn ông có thể vượt qua hàng trăm cuộc họp căng thẳng, lái xe xuyên đêm, uống cà phê như nước lọc… nhưng chỉ cần một lần "không được", là cả thế giới trong họ sụp đổ. Không còn cười, không dám gần vợ, tự trách mình, lên mạng gõ "thuốc tăng cường sinh lý cấp tốc" rồi tin rằng viên màu xanh là vị cứu tinh của danh dự.

Thật ra, cơ thể chỉ đang mệt. Cương không phải là phép màu – nó là sự đồng thuận giữa tim, não và… lòng tin. Khi bạn thức khuya, stress, lo nghĩ, hay sống như đang "chạy deadline cả đời", thì cơ thể sẽ ưu tiên sống sót chứ không ưu tiên sinh tồn kiểu lãng mạn.

2. Cơ chế cương – câu chuyện của dòng máu và cảm xúc

Cương là một phản xạ, nhưng cũng là một bài test của tuần hoàn và cảm xúc. Khi có kích thích, não gửi tín hiệu xuống tủy, động mạch hang giãn, máu tràn vào, tĩnh mạch bị chặn lại – như một hệ thống thuỷ lực thông minh. Nếu mạch máu bị xơ, thần kinh bị tổn thương (đái tháo đường, sau mổ

vùng chậu, chấn thương tủy…), hay hormon thiếu hụt, phản xạ này yếu dần. Nếu kèm lo lắng, căng thẳng, tự ti, thì dù cơ thể khỏe, "nhạc trưởng" là tâm lý cũng khiến dàn nhạc câm lặng.

Rối loạn cương vì thế không chỉ là bệnh của "cơ quan ấy", mà là biểu hiện của toàn cơ thể đang quá tải – một tiếng chuông cảnh báo đáng mừng nếu ta chịu lắng nghe.

3. Điều trị – từ chiếc gối đến viên thuốc

Người thầy thuốc không bắt đầu bằng thuốc, mà bằng câu hỏi:

"Anh dạo này ngủ được không?"

Bởi giấc ngủ là liều thuốc cương tự nhiên. Trong giấc mơ REM, cơ thể nam giới cương 3–5 lần mỗi đêm. Nếu anh mất ngủ, nghĩa là cơ thể chưa từng có "luyện tập" trong nhiều ngày liền.

Sau giấc ngủ là thói quen sống:

- Bỏ thuốc lá (kẻ thù của mạch máu).
- Ăn ít mỡ động vật (để máu loãng mà trôi chảy).

- Tập thể dục đều đặn (đặc biệt là đi bộ nhanh, bơi, yoga).

- Giảm stress, cười nhiều hơn (điều mà thuốc Viagra chưa bao giờ làm được).

Khi lối sống không đủ, ta mới nói đến thuốc ức chế PDE5 – những viên thuốc "giúp máu về đúng chỗ". Nhưng thuốc không thay thế được niềm tin, và không nên uống thay cho việc thay đổi nhịp sống.

Rồi mới đến can thiệp – như bơm hút chân không, tiêm thể hang, hoặc đặt thể hang nhân tạo – những lựa chọn cho các trường hợp mạch máu và thần kinh đã không còn "nghe lời".

4. Những điều ít ai nói

- Rối loạn cương không đồng nghĩa với hết khả năng sinh sản – nhiều người vẫn có tinh trùng tốt.

- Bệnh này không "chỉ người già mới bị" – stress, rượu, thuốc chống trầm cảm, hay lối sống máy tính có thể khiến người 30 tuổi cũng "ngủ yên bất thường".

- Đôi khi, vợ lo lắng hơn chồng, vì sợ "chồng chán mình" – trong khi thật ra anh chỉ… làm việc quá sức.

Và một điều thú vị: khi người đàn ông bắt đầu nói thật với bác sĩ, bệnh đã tốt lên một nửa.

5. Lời kết – khi cơ thể chỉ cần được nghỉ

Rối loạn cương không phải dấu chấm hết, mà là dấu phẩy của cơ thể nói: "Anh ơi, dừng lại chút." Dừng để ngủ, để ăn chậm hơn, để thở sâu hơn, để nhớ rằng bản lĩnh không nằm ở vài phút "chiến đấu", mà ở cách ta yêu thương – kiên nhẫn – và chăm sóc chính mình.

Nhiều ca tôi gặp, chỉ cần ngủ đủ, giảm stress, bỏ thuốc lá, sau 1 tháng quay lại đã cười:

"Bác sĩ ơi, không cần thuốc đâu, tự nó dậy rồi."

Tôi cười, bảo:

"Thấy chưa, đôi khi chỉ cần nghỉ ngơi, cơ thể đã tự 'trỗi dậy' mà không cần mệnh lệnh nào."

Và đó chính là bài học lớn nhất của rối loạn cương: Đừng đánh nhau với cơ thể – hãy nghe nó, thương nó,

và để nó có thời gian lấy lại nhịp của chính mình.

Chương 48. Rối loạn xuất tinh: thôi đua, xin mời… về đúng nhịp

Có một "cuộc đua" thầm lặng mà nhiều người đàn ông tự tổ chức trong đầu: về đích càng nhanh càng giỏi. Rồi có lúc, ngược lại, họ bóp thắng quá tay: chạy mãi không tới. Cả hai thái cực ấy – xuất tinh sớm và xuất tinh muộn/khó xuất tinh – đều khiến phòng ngủ trở thành… đường đua, còn trái tim thì thành khán đài đầy áp lực.

Y học nói điều giản dị hơn: cơ thể có nhịp tự nhiên của nó. Việc của ta không phải "phá kỷ lục", mà là đi đúng nhịp để cả hai người cùng… thở đều và mỉm cười.

1. Đặt tên cho "cuộc đua"

- Xuất tinh sớm (PE): "về đích" quá sớm ngoài ý muốn, dẫn đến bực mình, lo lắng, né tránh. Có loại từ trước đến nay đã vậy (suốt đời), và loại mới gần đây (mắc phải).
- Xuất tinh muộn/khó xuất tinh (DE): "chạy

hoài không tới", phải kích thích rất lâu, thậm chí không xuất tinh (anejaculation).

- Xuất tinh ngược dòng: "về đích" nhưng đi ngõ sau – tinh dịch chảy ngược vào bàng quang (tiểu ra đục sau đó).

- Đau khi xuất tinh, tinh dịch có máu: không phải rối loạn nhịp, mà là cờ đỏ cần khám.

Đặt tên xong để làm gì? Để chọn đường chỉnh nhịp phù hợp, đỡ vung kiếm lung tung.

2. Tại sao ta… tự tạo áp lực?

Vì so sánh. So với phim, so với bạn bè "kể cho oai", so với chính ký ức tuổi đôi mươi. Thêm vào đó là mệt mỏi, thiếu ngủ, rượu bia, thuốc lá, và đôi khi là thuốc đang dùng (thuốc chống trầm cảm, hạ áp, an thần…). Thế là não – nhạc trưởng của cuộc yêu – mất nhịp; còn thân dưới chỉ biết chạy theo tiếng còi thúc giục.

Muốn tháo ngòi, hãy đổi khẩu hiệu: không đua – chỉ hòa nhịp.

3. Xuất tinh sớm – đừng "phanh" bằng lo sợ

3.1. Việc đầu tiên không phải là thuốc

- Ngủ đủ – bớt rượu – bỏ thuốc lá – tập thể dục: nghe quen tai nhưng thật sự hiệu quả.
- Tập thở: thì vào 4 nhịp – giữ 2 – thở ra 6–8. Nhịp thở dài kéo thần kinh phế vị, dịu hưng phấn.
- Kỹ thuật hành vi (tập một mình hoặc với bạn tình):
- Stop–Start: sắp "về" thì dừng – thở – chờ sóng lắng, rồi tiếp tục; lặp nhiều vòng.
- Squeeze (nếu hợp): bóp nhẹ vùng quy đầu để "giảm ga".
- Sensate focus: bỏ mục tiêu "phải xong", chuyển trọng tâm sang cảm giác (sờ chạm không-đích).
- Bao cao su/gel làm tê nhẹ (lidocaine–prilocaine bôi mỏng, chờ đủ thời gian, lau sạch trước khi giao hợp): giảm nhạy quy đầu, kéo dài.

3.2. Khi cần, y học có "đòn bẩy" nhẹ

- Dapoxetine dùng khi cần, hoặc SSRI liều thấp hàng ngày (paroxetine/sertraline theo chỉ định): tăng ngưỡng xuất tinh.

- Đặt mục tiêu thực tế: không cần "từ 1 phút lên 30 phút"; kéo thêm vài phút mà hai người thoải mái là thành công.

3.3. Điều ít người nói

- Dầu dừa, kem đánh răng, ớt bột… không phải thuốc, và có thể bỏng rát.

- Lo âu về hiệu suất (cứu cánh gọi là *spectatoring* – đứng ngoài xem chính mình) làm hỏng nhịp; nói chuyện thẳng thắn với bạn tình, cười với nhau một chút, nhịp sẽ tự xuống.

4. Xuất tinh muộn/khó xuất tinh – khi "đường dài mới hiểu sức ngựa"

4.1. Tìm thủ phạm

- Thuốc: nhóm SSRI, an thần, chống tăng huyết áp có thể kéo dài quá mức.

- Bệnh nền: đái tháo đường (tổn thương thần kinh), sau mổ vùng chậu, bệnh thần kinh.

- Tâm lý: lo âu, ám ảnh, thủ dâm theo kiểu kích thích quá đặc hiệu mà quan hệ thật không tái tạo được.

- Hormon: testosterone thấp hiếm khi là nguyên nhân chính, nhưng có cũng làm nặng thêm; prolactin cao gây giảm khoái cảm.

4.2. Sửa nhịp

- Điều chỉnh thuốc (nếu có thể) sau khi bàn với bác sĩ kê đơn.

- Tái huấn luyện cảm giác: giảm kích thích quá đặc hiệu khi thủ dâm, chuyển sang kích thích giống quan hệ thật.

- Tâm lý – tình dục liệu pháp: đặt mục tiêu khoái cảm, không ép "phải xuất mọi lần".

- Thiết bị/thuốc: đôi khi rung cơ học, giãn cơ thành bàng quang, hoặc tiêm thuốc theo phác đồ đặc biệt được cân nhắc bởi chuyên gia.

5. Xuất tinh ngược dòng – "về đích ngõ sau" không nguy hiểm, nhưng…

Gặp khi: đái tháo đường tổn thương thần kinh tự

chủ, sau mổ tiền liệt tuyến/cổ bàng quang, dùng thuốc giãn cổ BQ (α–blocker). Dấu hiệu: sau khi "lên đỉnh" không ra, rồi tiểu ra đục. Nguy cơ chính: hiếm muộn do tinh dịch không ra ngoài.

Xử trí

- Ngưng/đổi thuốc gây giãn cổ bàng quang nếu được.
- Thuốc co cổ (imipramine, pseudoephedrine) có thể giúp một số ca.
- Hỗ trợ sinh sản: thu tinh trùng trong nước tiểu sau kiềm hoá để làm IUI/IVF – cửa giải pháp rõ ràng cho mong con.

6. Những câu hỏi hay gặp

"IELT bao nhiêu là 'sớm'?" Không ai giống ai. Đừng nhốt mình vào con số. Quan trọng là mất kiểm soát + khó chịu cho một/both người.

"Thuốc xịt kéo dài có an toàn?" Có nếu dùng đúng loại – đúng lượng – đúng cách (bôi mỏng, canh thời gian, rửa sạch trước khi giao hợp). Quá liều → tê bì, mất khoái cảm cho cả hai.

“Có cần xét nghiệm gì không?” Nếu mới xuất hiện rối loạn, kèm giảm ham muốn, mệt kéo dài, hoặc dịch có máu/đau → khám: nội tiết cơ bản, niệu đạo–tiền liệt tuyến, đường huyết, thuốc đang dùng.

7. Những “cờ đỏ” không được bỏ qua

- Sốt, đau tầng sinh môn, đau khi xuất tinh → nghĩ viêm tuyến tiền liệt.
- Tinh dịch ra máu kéo dài nhiều lần.
- Sụt cân, mệt mỏi, giảm ham muốn rõ.
- Tiểu buốt/đục/ hôi lặp lại (nghĩ UTI/ STIs). Gặp các dấu hiệu này, đi khám sớm – đừng tự chữa.

8. Kế hoạch 4 bước “về đúng nhịp”

1. Ngủ – thở – bớt rượu – bỏ thuốc: tuần đầu tiên chỉ làm chừng ấy.
2. Tập hành vi 10–15 phút/ngày (stop–start, sensate focus), 3–4 lần/tuần.
3. Thử hỗ trợ nhẹ: bao cao su dày/gel tê (PE) hoặc giảm kích thích quá đặc hiệu (DE).

4. Khám bác sĩ khi cần:

PE dai dẳng: cân nhắc dapoxetine/SSRI liều thấp.

DE: soát thuốc – bệnh nền – tâm lý, chỉnh theo nguyên nhân.

Xuất tinh ngược: thuốc co cổ hoặc Hỗ trợ sinh sản nếu mong con.

Mục tiêu không phải "đạt chuẩn Olympic", mà là hai người thấy vừa đủ – dễ chịu – gần nhau hơn.

9. Lời thì thầm gửi phòng ngủ

Trong phòng khám, tôi đã thấy nhiều ánh mắt đàn ông bối rối, và cũng thấy không ít nụ cười của những người phụ nữ kiên nhẫn hơn chúng ta tưởng. Khi hai người dám nói thật, rối loạn xuất tinh giảm một nửa. Hãy để phòng ngủ trở lại là nơi thở đều, không phải đường đua. Hãy tập nghe cơ thể trước khi ra lệnh cho nó. Và nhớ: khoái cảm là cuộc hành trình, không phải vạch đích. Đôi khi, sau vài tuần ngủ sớm và bớt rượu, anh quay lại bảo: "Bác sĩ ơi, lần này không cần thuốc. Cơ thể em… tự tìm lại nhịp rồi." Tôi chỉ gật đầu: "Thế là thắng lớn. Không phải thắng cuộc đua – mà thắng chính cái áp lực

trong đầu mình.”

Chương 49. Vô sinh – hiếm muộn nam: cuộc điều tra của những người kiên nhẫn

Trong tất cả những câu chuyện của người đàn ông ở phòng khám niệu – nam khoa, có lẽ vô sinh – hiếm muộn là chương buồn và lặng nhất. Không ồn ào, không đau rõ rệt, nhưng âm ỉ như một khoảng trống trong lòng, nơi tự trọng và hy vọng va vào nhau, để lại vết xước khó lành.

Nhiều cặp vợ chồng đến gặp bác sĩ với gương mặt đầy nỗi chờ đợi: “Bác sĩ ơi, vợ chồng con cưới ba năm rồi, mà mãi chưa có tin vui.” Thế là bắt đầu một cuộc điều tra tinh tế, nơi người bác sĩ không chỉ là thầy thuốc mà còn là một thám tử nhân hậu – lần theo dấu vết của từng tế bào, từng thói quen, từng hormone – để tìm ra nguyên nhân, đôi khi nhỏ đến mức khó tin.

1. Khi im lặng trở thành câu hỏi

Trong xã hội ta, người phụ nữ vẫn thường bị quy cho là “nguyên nhân” của chuyện hiếm muộn. Nhưng thực tế, 40–50% trường hợp có phần của người chồng – và đôi khi chỉ là chuyện sửa được,

thậm chí rất đơn giản. Thế nhưng, để bước đến phòng khám, nhiều người đàn ông phải vượt qua cả ngọn núi của sự ngại ngùng. Không ai dạy họ rằng tinh dịch đồ cũng đáng làm như xét nghiệm máu, rằng hiếm muộn không phải "mất nam tính", và rằng một người đàn ông vẫn có thể làm cha bằng rất nhiều con đường khác nhau.

2. Cuộc điều tra bắt đầu – "thám tử" tinh dịch đồ

Tinh dịch đồ là cánh cửa đầu tiên. Không cần dao kéo, không cần thuốc – chỉ cần một lần trung thực với cơ thể. Bác sĩ nhìn vào đó mà đọc được cả một câu chuyện:

- Không có tinh trùng (azoospermia): hoặc tắc nghẽn (ống dẫn bị chặn), hoặc sản xuất không có (tinh hoàn không hoạt động).
- Ít tinh trùng (oligozoospermia), yếu (asthenozoospermia), dị dạng (teratozoospermia) – ba chữ mà người trong nghề gọi tắt là "OAT".
- Tinh dịch loãng, ít thể tích: có thể thiếu hormon nam, hoặc xuất tinh ngược dòng.

- Không có gì bất thường, mà vẫn hiếm muộn – khi đó, ta bước sang vùng đất mờ của miễn dịch, di truyền, hay stress sinh lý.

Mỗi dòng trên kết quả không phải là "bản án", mà là manh mối đầu tiên để lần theo. Có khi, chỉ cần ngưng hút thuốc, giảm rượu, bớt tắm nước nóng, tinh trùng đã "tỉnh lại" sau vài tháng.

3. Khi hormon và lối sống kể tiếp câu chuyện

Nếu tinh dịch đồ gợi nghi, bước kế tiếp là hormon nội tiết – FSH, LH, testosterone, prolactin. Chúng như "bộ chỉ huy" của trục não–tuyến yên–tinh hoàn. Khi FSH cao mà tinh trùng thấp, ta biết "nhà máy đang hỏng". Khi FSH thấp, LH thấp – thì lỗi ở "bộ điều khiển trung tâm". Khi testosterone thấp, ta hỏi tiếp: ngủ thế nào, stress ra sao, cân nặng, tập thể dục… Vì đôi khi, một vòng bụng lớn hơn 90 cm còn "hại tinh trùng" hơn cả tuổi 40.

Và đừng quên thuốc lá, bia rượu, steroid thể hình, laptop đặt trên đùi, tắm nước nóng mỗi tối – tất cả đều có thể giết chết hy vọng trong im lặng.

4. Những bệnh nền – thủ phạm ẩn mặt

Có những nguyên nhân tưởng chừng chẳng liên quan:

- Giãn tĩnh mạch thừng tinh – "sưởi ấm tinh hoàn" quá mức, khiến tế bào sinh tinh chết dần.
- Tắc ống dẫn tinh bẩm sinh hoặc sau viêm (chlamydia, lao, sau mổ).
- Chấn thương vùng bìu, xoắn tinh hoàn hồi nhỏ.
- Đái tháo đường, suy giáp, béo phì, thuốc an thần, corticoid kéo dài – tất cả có thể làm trục hormon trục trặc. Và đôi khi, không tìm thấy nguyên nhân cụ thể – ta gọi đó là "vô sinh vô căn", chiếm tới 15–20%.

5. Hành trình của cặp đôi – không của riêng ai

Bệnh vô sinh, thật ra, không thuộc về riêng người nào, mà là chuyện chung của hai người cùng bước. Người vợ lo, người chồng áy náy; người này sợ bị thương hại, người kia sợ bị đổ lỗi. Nhưng chỉ khi cùng nhau ngồi lại trước bác sĩ, họ mới có thể bắt đầu hành trình chữa lành thật sự.

Có khi, ta phải nói những câu tưởng khô khan mà thật ra đầy lòng người:

“Không ai có lỗi ở đây cả. Cơ thể đôi khi chỉ cần giúp một chút thôi.”

Và rồi, khi họ cùng bắt tay bước vào các hướng điều trị – từ nội khoa, phẫu thuật tái thông, chọc hút tinh trùng (TESA, PESA) đến IVF/ICSI – điều đáng quý nhất không phải là kỹ thuật, mà là niềm tin họ giữ được trong suốt quá trình.

6. Hành trình đi tiếp – từ thất vọng đến hy vọng

Không phải ai cũng có kết quả ngay. Có người mất 3 tháng, có người 3 năm. Có người sau mổ giãn tĩnh mạch thừng tinh, tinh trùng trở lại; có người, dù đã thử mọi cách, vẫn cần đến IVF – nhưng họ vẫn có con, vẫn làm cha.

Và cũng có những cặp đôi chọn nhận con nuôi, coi đó là con đường khác của tình yêu. Đó cũng là một chiến thắng – khi người ta vượt qua được cái tôi để chạm đến tình thương.

7. Lời kết – nghề thầy thuốc, nghề gieo niềm tin

Người làm nam khoa đôi khi không chỉ là bác sĩ, mà còn là người giữ cho ngọn lửa trong lòng hai vợ chồng không tắt đi giữa gió ngược. Ta không chỉ giải thích kết quả, mà còn dỗ dành cảm xúc, nhẹ tay với nỗi xấu hổ, và kiên nhẫn với hy vọng.

Một lần, có người đàn ông cúi đầu nói:

"Bác sĩ ơi, em sợ vợ chán em."

Tôi chỉ đáp:

"Nếu hai người còn nắm tay nhau đến đây, thì anh đã thắng nửa cuộc rồi."

Bởi trong chuyện hiếm muộn, điều kỳ diệu không chỉ đến từ tinh trùng hay trứng, mà đến từ lòng kiên nhẫn và tình thương. Và đôi khi, chính trong những giọt nước mắt sau phòng khám, ta mới thấy rõ:

Y học có thể gieo mầm sự sống, nhưng chỉ có tình yêu mới khiến mầm ấy lớn lên thành một cuộc đời.

Chương 50. Rối loạn biệt hoá giới tính, lời tâm sự ở ranh giới giữa khoa học và lòng người

Có những ngày phòng khám yên ắng đến lạ. Cửa mở ra, một gia đình bước vào: bố mẹ ngồi sát nhau, ôm đứa trẻ thật chặt. Họ nói khẽ như sợ làm đau không khí: “Bác sĩ ơi, con em… khác.” Khác là sao? Là cơ thể không trọn vẹn ở một phía; là những nhiễm sắc thể, tuyến sinh dục, hormon và cơ quan sinh dục ngoài không cùng một câu trả lời. Người đời gọi đó là rối loạn biệt hoá giới tính (DSD). Tôi thì hay gọi nhỏ: những cơ thể đang chờ được hiểu.

Tôi đã học rất nhiều năm về hormon, nhiễm sắc thể, tuyến thượng thận, tinh hoàn – buồng trứng, đường Muller – Wolff. Nhưng có một điều sách ít dạy: cảm giác lạc lối của một gia đình khi bác sĩ nói “chưa thể ghi ngay ‘nam’ hay ‘nữ’ chỉ bằng một cái nhìn”. Lúc ấy, y học giỏi nhất là đặt tay nhẹ lên vai và nói: “Mình sẽ đi từng bước – cùng nhau.”

1. Lắng nghe trước, đặt tên sau

Tôi thường bắt đầu bằng im lặng vài giây, để bố mẹ kể hết nỗi sợ: sợ con bị trêu chọc, sợ chọn sai, sợ quyết định hôm nay thành gánh nặng cả đời. Rồi tôi xin họ kể về con, không phải kể về “bộ phận”; về thói quen ngủ, tiếng cười, món đồ chơi thích, ánh mắt khi con nhìn mình trong gương. Bởi trước khi là

một ca bệnh, con là một con người.

Y học cần xét nghiệm: nhiễm sắc thể (karyotype), hormon, siêu âm tuyến sinh dục, đôi khi MRI, hiếm hơn là sinh thiết. Nhưng thứ tự bao giờ cũng là: nghe – hiểu – giải thích – rồi mới thử máu. Tên gọi sẽ đến sau khi sự thật khoa học và lòng người cùng ngồi xuống.

2. Không chạy, chỉ đi – chậm mà chắc

Sự vội vàng là kẻ thù của những thân phận ở ngã ba. Có những quyết định không thể đảo ngược, như phẫu thuật tạo hình lớn khi con còn quá nhỏ – chỉ nên làm khi thật cần về y khoa (bí tiểu, nguy cơ ác tính, nhiễm trùng…), còn thẩm mỹ – nhận diện giới cần nhiều thời gian và đối thoại. Cơ thể lớn lên, tiếng nói của chính đứa trẻ sẽ rõ hơn. Khi đó, nếu phải can thiệp, quyết định sẽ thuộc về con và gia đình – với đủ kiến thức và tình thương.

3. Một ê-kíp – nhiều vòng tay

DSD không phải câu chuyện của riêng niệu khoa. Ở đây có nhi khoa nội tiết, di truyền, sản – phụ khoa, tâm lý lâm sàng, xã hội học, đôi khi có cả giáo dục học. Mỗi người một mảnh ghép, để bức tranh

cuối cùng không còn góc trắng. Tôi quý nhất là những cuộc họp âm thầm nơi chúng tôi thống nhất một điều: ưu tiên an toàn y khoa, giữ bí mật – tôn trọng riêng tư, đồng hành dài hạn, và trả lại quyền tự quyết cho người có cơ thể.

4. Những câu chuyện nhỏ tôi không quên

- Một bé mới sinh, cơ quan sinh dục ngoài khó phân loại. Bố mẹ khóc. Chúng tôi chọn đợi, làm đủ xét nghiệm, giải thích từng bước. Hai năm sau, khi hormon và hình ảnh rõ hơn, mọi thứ bình yên hơn chúng ta tưởng.

- Một bạn tuổi dậy thì, đã sống như con gái từ nhỏ, đến khám vì không thấy kinh. Karyotype 46,XY, tuyến sinh dục không xuống. Chúng tôi nói chuyện rất lâu – về an toàn, hormon, khả năng sinh sản, phẫu thuật nếu con muốn. Bạn bảo: “Con nhẹ người, vì cuối cùng có người nghe con, chứ không chỉ nhìn vào xét nghiệm.”

- Một người trẻ trưởng thành, từng trải qua mổ sớm. Điều mong mỏi nhất của bạn không phải là “làm lại”, mà là được hiểu, được gọi

đúng tên, và được chăm sóc thân thiện khi đi khám.

5. Ba điều tôi hay dặn gia đình

(1) Bí mật thuộc về con. Chỉ nói cho những ai cần biết để chăm con. Con có quyền quyết định kể hay không khi lớn lên.

(2) Ngôn ngữ có phép màu. Tránh những chữ làm đau: "dị dạng", "nửa nam nửa nữ". Hãy dùng từ trung tính, tôn trọng. Chúng ta sửa đường ống, chỉnh hormon – không sửa con người.

(3) Sự thật + lòng nhân ái. Nói đúng chuyên môn, nhưng không dọa. Đưa lựa chọn, nói hệ quả, cùng gia đình chọn nhịp.

6. Tuổi dậy thì – bậc thang khó nhất

Khi cơ thể bật nút hormon, câu hỏi dồn dập: dậy thì theo hướng nào, dùng hormon ra sao, trường học, bạn bè, giấy tờ, thể thao, nhà vệ sinh, đồng phục… Không có mẫu số chung. Điều chắc chắn là: theo dõi sát, đánh giá xương – chuyển hoá, hỗ trợ tâm lý, và kế hoạch dài hạn cho sinh sản tương lai (bảo tồn mô sinh dục nếu phù hợp). Đây là lúc "y

học bằng con số" phải nhường chỗ cho "y học bằng đối thoại".

7. Những nguyên tắc vàng, viết ra để nhớ

- Không làm gì vội khi chưa rõ nguy cơ y học cấp bách.
- Quyền được hiểu và quyền được quyết là của người có cơ thể – phù hợp với độ tuổi.
- Mỗi quyết định đều có thể điều chỉnh khi có thêm thông tin – đừng biến chẩn đoán đầu tiên thành số phận cố định.
- Chăm sóc liên tục: từ sơ sinh → dậy thì → trưởng thành. Không "bàn giao" rồi quên.
- Ngôn ngữ là thuốc: nói đủ – đúng – dịu dàng.

8. Với cộng đồng – xin một khoảng trời an toàn

Điều làm tôi lo lắng không chỉ là xét nghiệm, mà là ánh nhìn ngoài kia. Tôi mong nhà trường có góc tư vấn, mong thầy cô học cách ứng xử không kỳ thị, mong bệnh viện nào cũng có phòng khám thân thiện cho những cơ thể đang đi tìm tên mình. Mỗi thái độ

tử tế là một lớp áo ấm cho hành trình dài.

Ngày tôi viết những dòng này, tôi nhận được tin nhắn của một bệnh nhân cũ: “Bác sĩ ơi, em vẫn khoẻ. Em chưa có hết câu trả lời cho đời mình, nhưng em không còn sợ.” Tôi ngồi rất lâu trước màn hình, hiểu rằng sứ mệnh của y học đôi khi không phải tìm lời giải ngay, mà là đứng cạnh người bệnh đủ lâu để họ bớt cô đơn trên con đường đi tìm. Nếu bạn hay con bạn đang ở lằn ranh của những tên gọi, xin nhớ: bạn không hỏng. Cơ thể bạn chỉ khác, và khác thì cần kiến thức, kiên nhẫn, và lòng nhân ái chứ không cần phán xét. Chúng ta sẽ đi chậm, đi chắc, và đi cùng nhau. Đến khi một ngày, gương soi trả lại nụ cười bình thản thứ ánh sáng ấm nhất của mọi cuộc hành trình mang tên “tôi là tôi”.

Chương 51. Tình dục đồng giới – bác sĩ không phán xử, chỉ đồng hành

(viết đồng cảm, thực tế, an toàn và tôn trọng)

Có người đến phòng khám và nói rất nhỏ: “Em ngại lắm, bác sĩ ơi…”. Tôi mỉm cười: “Ở đây không có chấm điểm. Ở đây chỉ có sức khỏe và sự thật.” Tình dục đồng giới, nghe tưởng như câu chuyện của riêng ai đó, nhưng thật ra là câu chuyện của sức

khỏe tiết niệu – sinh dục hiện đại: chăm trên nền tôn trọng, bảo mật, và khoa học. Bác sĩ không còn là người phán xử, mà là người bạn đồng hành: hỏi hành vi chứ không hỏi nhãn, lắng nghe trước khi khuyên nhủ, và tạo không gian an toàn để bạn "được là chính mình".

1. Nguyên tắc nền: tôn trọng – bảo mật – hỏi theo hành vi

- Tôn trọng & tên gọi: gọi bạn bằng tên bạn muốn, đại từ bạn chọn. Điều này nhỏ nhưng chữa lành rất nhiều.
- Bảo mật: những gì chia sẻ ở phòng khám thuộc về bạn. Sức khỏe tốt bắt đầu từ cảm giác an toàn.
- Hành vi hơn nhãn: câu hỏi của y khoa là bạn làm gì (đường miệng – hậu môn – dương vật, có/không bao cao su, số bạn tình, dược chất…), chứ không phải bạn là ai.

2. Dự phòng ba lớp – càng rõ ràng càng tự do

Lớp 1: Tiêm chủng (đi nền rất mạnh)

- Viêm gan B (HBV): nếu chưa có miễn dịch, tiêm đủ phác đồ.
- HPV: khuyến nghị tiêm càng sớm càng tốt; vẫn có lợi ở người trưởng thành.
- Viêm gan A (HAV): cân nhắc tiêm, đặc biệt khi quan hệ đường miệng–hậu môn hoặc du lịch/ăn uống rủi ro.
- Lớp 2: Hành vi an toàn
- Bao cao su + gel bôi trơn gốc nước (hoặc silicone) cho quan hệ hậu môn; không dùng dầu với bao latex.
- Vệ sinh tay – đồ chơi tình dục; đeo bao cho đồ chơi, rửa sạch giữa các vị trí (miệng ↔ hậu môn ↔ dương vật).
- Quan hệ có đồng thuận, tránh "chemsex" (rượu, ma túy) vì tăng nguy cơ phơi nhiễm & sang chấn.
- Bảo vệ hậu môn – trực tràng: lube đủ, đừng "vội", nghe cơ thể mình.
- Lớp 3: Dự phòng bằng thuốc khi phù hợp

- PrEP (dự phòng trước phơi nhiễm HIV) nếu nguy cơ cao; PEP trong ≤72 giờ sau phơi nhiễm nghi ngờ.

- Trao đổi thẳng thắn về tuân thủ, tương tác thuốc, và lịch xét nghiệm kèm theo.

3. Sàng lọc định kỳ – chăm theo cơ quan, không theo định kiến

Tùy tần suất/kiểu quan hệ, hãy bàn với bác sĩ về lịch 3–6 tháng/lần hoặc dài hơn khi rủi ro thấp. Nguyên tắc: khám ở nơi có tiếp xúc.

- HIV: xét nghiệm định kỳ; nếu đang dùng PrEP thì theo mốc bác sĩ.

- Lậu – Chlamydia: ngoáy họng, hậu môn, niệu đạo theo hành vi (rất nhiều ca chỉ dương tính ở họng/hậu môn).

- Giang mai (syphilis): xét nghiệm huyết thanh định kỳ.

- Viêm gan B, C: sàng lọc theo nguy cơ/tiêm chủng.

- HPV/Hậu môn: khi có triệu chứng (đau,

chảy máu, mụn cóc), khám và cân nhắc soi hậu môn theo chỉ định.

- Da – niêm mạc vùng sinh dục: sùi mào gà, ghẻ, rận mu… – dễ thấy, dễ chữa, đừng ngại.

Nhớ rằng nhiều nhiễm trùng không có triệu chứng. Khám định kỳ không phải vì bạn "xấu", mà vì bạn xứng đáng khỏe mạnh.

4. Góc nhìn niệu khoa thực hành: những vấn đề hay gặp (và cách xử trí)

- Đau – rát hậu môn, chảy máu sau quan hệ: nghĩ nứt kẽ, trĩ, viêm hậu môn – trực tràng do STI (lậu, chlamydia, herpes). Đừng tự bôi steroid kéo dài; đi khám sớm để soi – test – điều trị đúng mầm bệnh.

- Tiểu rát, tiểu đục, tiết dịch niệu đạo: nghĩ lậu/chlamydia → xét nghiệm NAAT và điều trị theo phác đồ cả bạn tình.

- Đau tầng sinh môn, đau khi xuất tinh, đau mơ hồ: cân nhắc viêm tuyến tiền liệt/đau sàn chậu; điều trị gồm thuốc, vật lý trị liệu sàn chậu, giảm stress.

- Sùi mào gà (HPV): đốt lạnh/điện/laser hoặc thuốc bôi; tái khám vì dễ tái phát; vaccine vẫn có ích.

- Dị ứng latex/gel: đổi bao không latex và lube phù hợp.

5. Khi giải phẫu & bản dạng không "khớp sách giáo khoa"

Một số bạn là người chuyển giới hoặc khác với giới tính khai sinh. Chúng ta khám theo cơ quan đang hiện hữu:

- Có tuyến tiền liệt → vẫn cần tư vấn về tiền liệt tuyến (triệu chứng đường tiểu dưới, viêm, sàng lọc theo khuyến nghị cá nhân hóa).

- Có âm đạo/hậu môn → chăm niêm mạc (khô, viêm do hormon, STI tại chỗ).

- Đang dùng hormon → theo dõi điện giải, chuyển hóa, gan, tương tác với PrEP/PEP hay thuốc khác. Mục tiêu: chăm đúng cơ quan, tôn trọng bản dạng.

6. Tâm lý – quan hệ: sức khỏe không chỉ là kết

quả xét nghiệm

- Lo âu hiệu suất, ám ảnh cơ thể, trầm cảm có thể giảm ham muốn – đau – rối loạn cương/ xuất tinh. Kết nối tâm lý trị liệu thân thiện giúp kết quả y khoa tốt lên thật sự.

- Bạo lực/ép buộc trong quan hệ: là cờ đỏ. Chúng ta có đường dây hỗ trợ, đừng chịu đựng một mình.

- Đối thoại với bạn tình: thành thật về xét nghiệm, tiêm chủng, PrEP/bao cao su – đó là tôn trọng nhau, không phải nghi ngờ.

7. Những "cờ đỏ" cần khám ngay

- Sốt, đau dữ vùng hậu môn – tầng sinh môn, mủ, đau khi đại tiện.

- Tiết dịch niệu đạo/hậu môn/họng, tiểu buốt đột ngột.

- Loét sinh dục, phát ban kèm sốt.

- Đau – sưng bìu đột ngột (nguy cơ xoắn tinh hoàn).

- Chảy máu hậu môn kéo dài. Đi sớm để điều trị trúng đích và bảo vệ bạn tình.

8. Một lịch nhắc "nhẹ tênh" (tuỳ điều chỉnh theo từng người)

- 6–12 tháng/lần: khám STI tổng quát theo hành vi (HIV, giang mai, lậu/chlamydia đa vị trí).
- Tiêm chủng: kiểm tra HBV/HPV/HAV và bổ sung.
- Nếu dùng PrEP: theo mốc tái khám đã dặn (xét nghiệm HIV, chức năng thận, STI).
- Bất cứ khi nào có triệu chứng: đến khám ngay, đừng tự dùng kháng sinh.

9. Kết – nơi bạn được là chính mình

Cuối buổi khám, nhiều bạn nói: "Em thấy… nhẹ." Không phải vì tôi kê đơn gì đặc biệt, mà vì không ai phán xét. Sức khỏe tình dục không phải đạo đức, nó là kỹ năng sống. Khi bạn có thông tin đúng, dự phòng tốt, và đi khám định kỳ, bạn đang yêu thương chính mình và người đi cùng bạn.

Nếu bạn còn ngần ngại, tôi muốn bạn nhớ một điều:

Ở đây, bạn không bị chấm điểm. Ở đây, bạn được gọi đúng tên. Và ở đây, chúng ta sẽ đi cùng nhau – để khỏe mạnh, an toàn, và bình yên trong chính cơ thể của mình.

10. Kết – Nam khoa: nơi y học gặp nhân sinh

Trong suốt nhiều năm làm nghề, tôi nhận ra một điều giản dị: Nam khoa không chỉ chữa bệnh, mà chữa cả niềm tin.

Những người đàn ông đến với chúng tôi không chỉ mang theo triệu chứng – mà mang theo nỗi sợ, lòng tự ái, và cả sự im lặng. Có người 50 tuổi lặng lẽ lau nước mắt vì "không còn cảm giác", có chàng trai 25 tuổi loay hoay giữa thuốc bổ và stress, có cặp vợ chồng ngồi nắm tay nhau trong phòng chờ, chờ kết quả tinh dịch đồ như chờ một phép màu nhỏ. Cũng có những người đàn ông đồng tính bước vào thật khẽ, chỉ hỏi: "Bác sĩ ơi, em khám được không?" – như thể sức khỏe phải xin phép.

Tôi luôn nghĩ, nam khoa là nhánh y học của lòng bao dung. Bởi càng hiểu sâu về cơ thể nam giới, ta càng

thấy rằng thứ họ cần không chỉ là thuốc hay kỹ thuật – mà là quyền được nói thật mà không bị phán xét, được yếu đuối một lần mà không bị xem là kém cỏi.

Khi làm nghề lâu, ta học được cách đặt ống thông nhẹ tay hơn, nhưng quan trọng hơn, ta học được cách chạm vào lòng tự trọng của người khác mà không làm đau. Chúng ta có thể đo được nồng độ testosterone, nhưng không có xét nghiệm nào đo được mức độ cô đơn của một người đàn ông khi họ mất khả năng yêu thương trọn vẹn. Và cũng không có chỉ số nào ghi lại được niềm vui khi họ trở lại phòng khám, nở một nụ cười, nói: "Bác sĩ ơi, em thấy mình lại là mình rồi."

Phần này – Bệnh Nam Giới – khép lại như một tấm gương. Một tấm gương soi vào cả người bệnh lẫn thầy thuốc: để ta nhận ra rằng, đôi khi chữa bệnh không chỉ là sửa cơ chế, mà là dạy người ta tin lại vào chính cơ thể của mình. Sức khỏe tình dục, cũng như sức khỏe tinh thần, không phải để chứng minh bản lĩnh – mà để sống trọn, sống tự tin, và yêu thương được cả người khác lẫn chính mình.

Vì "chuyện đàn ông" chưa bao giờ là điều đáng xấu hổ. Chỉ có sự im lặng và mặc cảm mới khiến họ tổn thương nhiều hơn bệnh tật.

Và có lẽ, điều đẹp nhất mà y học có thể làm, là trả lại cho con người khả năng được sống thật với mình, – không phán xét, không xấu hổ – chỉ là được thở nhẹ, được yêu, và được là chính mình.

Phần X – BỆNH TIẾT NIỆU Ở PHỤ NỮ & NGƯỜI LỚN TUỔI

Có những căn bệnh không đe doạ tính mạng, nhưng lặng lẽ bào mòn sự tự tin và nhịp sống của con người: đi tiểu rò rỉ khi ho cười, thức dậy 3–4 lần mỗi đêm, bồn chồn vì mót gấp, hay cảm giác "nặng" vùng tầng sinh môn như đang mang theo một bí mật khó nói. Ở phụ nữ và người lớn tuổi, tiết niệu không chỉ là chuyện ống–van; đó là chuyện phẩm giá, giấc ngủ, sự tự do di chuyển, và cả niềm vui ra đường không phải lo tìm nhà vệ sinh.

Phần X được viết với ba nguyên tắc: nhẹ tay – có bằng chứng – cá thể hoá. Nhẹ tay, vì cơ thể đã đi một quãng đường dài; có bằng chứng, vì mỗi viên thuốc, mỗi thao tác đều cần lý do; cá thể hoá, vì hai người cùng triệu chứng có thể cần hai con đường rất khác nhau. Ta bắt đầu bằng không dao kéo, không đa dược, trước khi nói đến phẫu thuật hay can thiệp. Và luôn nhớ: điều trị tốt nhất là điều trị giúp người bệnh sống dễ hơn.

Chương 52 – Sa sàn chậu mở ra bằng việc gọi tên đúng mức độ "sa": từ "hơi trễ" đến "đến cửa", để

tránh hù doạ và cũng không xem nhẹ. Ta học cách phân độ đơn giản, hiểu mối liên hệ giữa sa thành trước–sau–tử cung với đi tiểu rò, mót gấp, bí tiểu; tập phục hồi sàn chậu, thay đổi lối sống (giảm táo bón, giảm cân, kiểm soát ho mạn), dùng pessary đúng cỡ; và chỉ khi khó chịu kéo dài hoặc biến chứng, mới bàn đến phẫu thuật – chọn kỹ thuật theo mong đợi sinh hoạt, tuổi, bệnh nền.

Chương 53 – Tiểu không kiểm soát đặt người bệnh vào trung tâm: stress – urge – mixed không phải nhãn dán, mà là lộ trình điều trị. Từ Kegel có hướng dẫn, nhật ký bàng quang, giới hạn nước–caffeine, đến thuốc kháng cholinergic/β3-agonist dùng có chọn lọc (nhớ đo PVR để không làm bí tiểu). Trường hợp kháng trị, ta bàn tiêm botox bàng quang, kích thích thần kinh chày/ cùng. Mục tiêu không phải "khô tuyệt đối" mà là khô đủ để sống thoải mái.

Chương 54 – Bàng quang tăng hoạt nối tiếp như một "môn tập kỷ luật": nhật ký bàng quang để biết mình uống–tiểu ra sao, huấn luyện trì hoãn để kéo dài khoảng cách giữa các lần đi, điều chỉnh thói quen buổi tối để giảm tiểu đêm. Nếu cần, thuốc sẽ tham gia, nhưng ta luôn cân nhắc khô miệng, lú lẫn,

táo bón ở người lớn tuổi. Khi thuốc “nói chưa đủ”, can thiệp thần kinh sẽ “nói thay”.

Chương 55 – Viêm bàng quang kẽ/ hội chứng đau bàng quang nhắc ta rằng không phải mọi “đái rắt buốt” đều là nhiễm. Đây là hành trình mạn tính, nơi người thầy thuốc làm nhạc trưởng của nhiều nhạc cụ: giáo dục–lối sống–chế độ ăn tránh kích thích, vật lý trị liệu sàn chậu, thuốc theo bậc, bơm rửa tại chỗ, rồi mới tính đến can thiệp. Ta học cách đặt kỳ vọng thực tế, đo tiến bộ bằng số lần dậy đêm, cường độ đau, chất lượng sống, chứ không chỉ bằng kết quả xét nghiệm.

Chương 56 – Rối loạn đường tiết niệu dưới ở người lớn tuổi là lời nhắc mạnh mẽ về tránh đa dược. Ở đây, LUTS có thể do tiền liệt tuyến, bàng quang tăng hoạt, sàn chậu yếu, thuốc đang dùng (lợi tiểu, kháng cholinergic), sa sàn, thần kinh – và đôi khi là nhiều thứ cùng lúc. Ta học cách gỡ rối có cấu trúc: hỏi–khám–đo PVR, siêu âm khi cần, giảm thuốc thừa, thử can thiệp hành vi, và chỉ thêm thuốc/phẫu thuật khi lợi ích vượt rõ rủi ro. Với người cao tuổi, một giờ ngủ trọn đêm đôi khi quý hơn mọi chỉ số đẹp.

Phần X vì thế không đi tìm sự hoàn hảo trên phim ảnh, mà tìm sự yên ổn trong đời thường: đi chợ không lo rò, đi ngủ không dậy quá nhiều, đi xa không phải dò nhà vệ sinh. Mỗi quyết định đều có một câu hỏi duy nhất: "Điều này có làm đời bệnh nhân dễ hơn không?" Nếu có, ta đi tiếp. Nếu chưa, ta dừng lại, chỉnh lại, và đồng hành thêm một đoạn.

Bởi với phụ nữ và người lớn tuổi, tiết niệu là tự do: tự do cười lớn, tự do bước ra đường, tự do ngủ một giấc trọn vẹn. Và nhiệm vụ của chúng ta – những người thầy thuốc – là trả lại tự do ấy bằng những can thiệp đủ dùng, đúng lúc và đầy tôn trọng.

Chương 52. Sa sàn chậu – gọi tên đúng mức độ "sa", chữa vừa đủ để đời dễ hơn

1. "Sa" là gì? Nói sao cho bình tĩnh mà không chủ quan

Sa sàn chậu là khi các tạng trong khung chậu (bàng quang, trực tràng, tử cung/đỉnh âm đạo) tụt

xuống vì hệ thống dây chằng – cân – cơ sàn chậu suy yếu. Cảm giác thường gặp: nặng tức tầng sinh môn, "lồi lổn nhổn" ở âm hộ, tiểu rò khi ho cười, mót gấp, đi tiểu không hết, táo bón, khó chịu khi quan hệ.

Mục tiêu đầu tiên: gọi đúng tên – đúng mức độ để người bệnh không hoảng mà cũng không xem nhẹ.

Phân độ "đơn giản như nói chuyện" (dựa trên POP-Q nhưng thân thiện)

- Độ 1 – "hơi trễ": thành trước/sau hoặc cổ tử cung đi xuống nhưng còn xa cửa âm hộ; đa phần không cần mổ, ưu tiên tập – chỉnh lối sống.

- Độ 2 – "ngấp nghé": phần sa chạm gần cửa hoặc ngang cửa âm hộ khi rặn; triệu chứng rõ hơn (nặng tức, rò tiểu khi gắng sức).

- Độ 3 – "ra cửa": phần sa thò ra ngoài khi đi lại/ho/cuối ngày; thường cần thiết bị hỗ trợ (pessary) hoặc cân nhắc phẫu thuật.

- Độ 4 – "ra nhiều, thường trực": sa hầu như

luôn ở ngoài; dễ loét – nhiễm; phẫu thuật thường là lựa chọn phù hợp (nếu điều kiện sức khoẻ cho phép).

Gọi tên vị trí (giúp liên hệ triệu chứng):

- Sa thành trước (cystocele) → hay gây tiểu rò khi gắng sức, tiểu không hết.
- Sa tử cung/đỉnh âm đạo → cảm giác nặng – vướng – lồi.
- Sa thành sau (rectocele) → táo bón, mót rặn, phải ấn thành sau mới đi được.

2. Vì sao "sa"? 4 nhóm yếu tố dễ nhớ

1. Sinh đẻ – chấn thương sản khoa (con to, forceps/giác hút, rách tầng sinh môn).
2. Tăng áp lực bụng mạn (ho mạn, táo bón, lao động nặng, béo phì).
3. Suy giảm estrogen sau mãn kinh → mô nâng đỡ mỏng – nhão dần.
4. Yếu tố mô liên kết (di truyền, bệnh mô liên kết), phẫu thuật khung chậu trước

3. Khám thế nào để liên hệ triệu chứng ←→ chỗ "sa"

- Khám khi rặn và khi đứng/đi (nếu có thể) để thấy mức tụt thật sự.
- Đánh giá tiểu tiện: hỏi rò khi gắng sức (stress), mót gấp (urge), bí/đi không hết.
- Đo PVR khi nghi tồn lưu cao hoặc trước khi cho thuốc kháng cholinergic/OAB.
- Khám trực tràng nếu than táo bón, mót rặn, nghi rectocele.
- Ghi chép rõ: độ – vị trí – triệu chứng ảnh hưởng chất lượng sống (thang điểm đơn giản 0–10).

4. Điều trị bậc thang: không dao kéo trước, có bằng chứng, có mốc theo dõi

4.1. Phục hồi sàn chậu (Kegel "đúng cách")

- Hướng dẫn siết – giữ 5 giây – thả 5 giây, 10–15 lần/buổi, 3–4 buổi/ngày; tăng dần.
- Tránh siết cơ bụng – mông – đùi; thở êm,

không nín thở.

- Nếu khó cảm nhận cơ, cân nhắc biofeedback/điện kích thích tại phòng vật lý trị liệu.

- Mốc đánh giá: sau 6–12 tuần kiểm lại triệu chứng (rò, nặng tức, số lần thức đêm).

4.2. Chỉnh lối sống – "giảm lực kéo, tăng lực đỡ"

- Giảm táo bón: chất xơ, nước đủ, nhuận tràng nhẹ khi cần; tránh rặn.

- Giảm cân nếu BMI cao; kiểm soát ho mạn (hen, COPD, viêm mũi xoang).

- Tránh nâng nặng, kỹ thuật nâng đúng; tập thói quen ho – siết sàn chậu.

- Estrogen tại chỗ (kem/viên đặt) ở phụ nữ mãn kinh để cải thiện niêm mạc, giảm kích thích – giao hợp dễ chịu hơn.

4.3. Pessary – "nạng chống" cho sàn chậu

- Chọn đúng cỡ – đúng kiểu (vòng, donut,

Gellhorn…) tùy vị trí & độ sa và nhu cầu sinh hoạt.

- Thử – đi – ho – rặn ngay tại phòng khám: nếu thoải mái, không rơi, tiểu được, là đạt.
- Hướng dẫn tháo – rửa – đặt lại (nếu tự làm được) hoặc tái khám định kỳ 1–3 tháng để vệ sinh, kiểm tra loét/tiết dịch.
- Estrogen tại chỗ giúp giảm loét niêm mạc khi dùng pessary dài hạn.
- Khi nào đổi kế hoạch? Không dung nạp, rơi tái diễn, loét không lành, triệu chứng còn nặng → bàn phẫu thuật.

5. Khi nào bàn phẫu thuật? Nói rõ – chọn đúng – đừng vội

Chỉ khi:

- Khó chịu kéo dài, thất bại/không phù hợp với tập + pessary.
- Biến chứng: loét – chảy máu – nhiễm tái diễn; ứ đọng tiểu, niệu quản giãn hiếm gặp.

- Mong đợi sinh hoạt: muốn gọn nhẹ, không bảo trì dụng cụ; chấp nhận rủi ro – hồi phục.

- Nguyên tắc chọn kỹ thuật (cá thể hoá theo tuổi, bệnh nền, nhu cầu tình dục – lao động):

- Sa thành trước: khâu colporrhaphy trước, cân nhắc treo đỉnh nếu kèm sa đỉnh.

- Sa thành sau/rectocele: colporrhaphy sau, kèm sửa tách cơ nâng khi cần; điều trị táo bón song hành.

- Sa tử cung/đỉnh:

Còn nhu cầu sinh hoạt tình dục: treo đỉnh vào mỏm nhô/sacrocolpopexy (mở/nội soi/robot) hoặc treo cổ tử cung/đỉnh qua âm đạo.

Không còn nhu cầu giao hợp/đa bệnh nền: có thể cân nhắc đóng kín âm đạo (colpocleisis) – thủ thuật nhanh, bền, ít gánh nặng.

- Kèm tiểu không kiểm soát do gắng sức (SUI) rõ rệt: thảo luận làm đồng thời sling (mid-urethral) sau khi đánh giá PVR & phân nhóm SUI vs OAB.

- Lưới nhân tạo: dùng chọn lọc theo guideline, giải thích kỹ lợi – nguy (xói lưới, đau). Ưu tiên khâu mô tự thân khi phù hợp.

Chuẩn bị trước mổ ở người lớn tuổi: tối ưu đường huyết – huyết áp – dinh dưỡng, rà soát đa dược (đặc biệt kháng đông/kháng kết tập, kháng cholinergic), đánh giá chức năng sàn chậu – bàng quang.

6. Liên hệ "sa" với đi tiểu rò, mót gấp, bí tiểu – đừng trộn thuốc lung tung

- Sa thành trước + SUI (rò khi ho): ưu tiên Kegel, pessary có gờ nâng niệu đạo, hoặc sling khi chỉ định rõ.

- Mót gấp/tiểu gấp (OAB) kèm sa: đo PVR trước khi dùng kháng cholinergic/β3; nếu PVR cao, xử lý tắc/sa trước.

- Bí tiểu/đi không hết: thử pessary/điều chỉnh sa; hướng dẫn đi tiểu hai thì; cân nhắc mổ khi tồn lưu cao kéo dài.

7. Kế hoạch theo dõi "có mốc" (để không bỏ lỡ và không quá tay)

- Sau 6–12 tuần tập Kegel/lối sống: đánh giá rò – nặng tức – chất lượng sống (thang 0–10., PVR nếu có bí.

- Pessary: tái khám 1–3 tháng, sau ổn định có thể 3–6 tháng; kiểm tra loét – tiết dịch – mùi.

- Sau mổ: tái khám 2–6 tuần, hạn chế nâng nặng – táo bón – giao hợp theo dặn; đánh giá SUI/OAB tồn lưu để điều chỉnh.

8. Những "bẫy" thường gặp (và cách né)

1. Thấy sa là quy ngay phẫu thuật. → Sai: đa số độ 1–2 cải thiện tốt với tập – lối sống – pessary.

2. Cho kháng cholinergic khi chưa đo PVR ở người có bí – tồn lưu. → Dễ bí nặng.

3. Chỉ sửa thành trước mà bỏ sa đỉnh → tái phát nhanh.

4. Đặt pessary không dạy chăm → loét – viêm → "đổ lỗi dụng cụ".

5. Bỏ qua táo bón/ho mạn → nguyên nhân kéo xuống vẫn còn, mổ đẹp cũng mau sa lại.

9. Checklist 60 giây ở phòng khám

- Độ – vị trí sa? (trước/sau/đỉnh; 1–4.
- Triệu chứng chính: rò gắng sức / mót gấp / bí / táo bón / lồi vướng?
- PVR (nếu LUTS rõ), nhật ký bàng quang khi nghi OAB.
- Kế hoạch bậc thang: Kegel → lối sống → estrogen tại chỗ (sau mãn kinh) → pessary → cân nhắc mổ.
- Mốc theo dõi: 6–12 tuần (bảo tồn) | 1–3 tháng (pessary) | tái khám sau mổ.
- Giải thích kỳ vọng: mục tiêu đỡ khó chịu – sống tiện hơn, không nhất thiết "phim phải đẹp".

10. Kết: Chọn nhẹ tay trước, bền lâu sau

Sa sàn chậu là bệnh của thời gian và thói quen áp lực ổ bụng. Điều trị tốt nhất là điều trị giúp người bệnh đi chợ không vướng, ngủ không dậy nhiều, cười không sợ rò. Gọi tên đúng mức độ, tập đúng, giảm lực kéo, dùng pessary khéo, và chỉ mổ khi cần

– đó là con đường an toàn, hiệu quả, và nhân hậu nhất. Bởi mục tiêu cuối cùng không phải là thành tích phẫu thuật, mà là trả lại sự tự do và phẩm giá trong từng bước đi thường ngày.

Chương 53. Tiểu không kiểm soát – đặt người bệnh vào trung tâm, điều trị theo lộ trình "vừa đủ để sống thoải mái"

(Kỹ – chi tiết – thực hành; ưu tiên bảo tồn, tránh đa dược,
cá thể hoá theo tuổi & bệnh nền)

1. Định nghĩa – gọi đúng tên để chọn đúng đường

- Stress Urinary Incontinence (SUI – rò khi gắng sức): rò nước tiểu khi ho/cười/chạy/nhấc nặng do cửa niệu đạo–cổ BQ yếu hoặc tăng di động niệu đạo.

- Urgency Urinary Incontinence (UUI – rò kèm mót gấp): rò kèm cơn mót gấp khó kìm, thuộc quần thể bàng quang tăng hoạt (OAB).

- Mixed Urinary Incontinence (MUI – hỗn hợp): có cả SUI và UUI; thường một triệu chứng trội → điều trị theo triệu chứng trội trước.

Nguyên tắc vàng: "Stress – Urge – Mixed" không phải nhãn dán, mà là bản đồ điều trị.

2. Khai thác & khám có cấu trúc (15–20 phút "đổi quyết định")

Bệnh sử:

- Khởi phát – diễn tiến – bối cảnh: sau sinh? sau mãn kinh? Sau phẫu thuật chậu?
- Kiểu rò: chỉ khi gắng sức hay có mót gấp? ban đêm?
- Số lần rò/ngày, lượng ước đoán (giọt/ướt quần/ướt ghế), số băng vệ sinh.
- Tiểu tiện: số lần ngày–đêm, mót gấp, đi tiểu không hết, tiểu đau.
- Thói quen: lượng nước, caffeine/cồn, thời điểm uống, táo bón, hoạt động nâng nặng.
- Thuốc đang dùng: lợi tiểu, kháng

cholinergic, SGLT2 (lợi niệu), thuốc ho ACEI (tăng ho → SUI), an thần, opioid.

- Sản phụ khoa: số lần sinh, sinh can thiệp, rách tầng sinh môn, mãn kinh, giao hợp đau/khô (thiếu estrogen), sa tạng chậu.
- Thần kinh: đái tháo đường, đột quỵ, Parkinson, MS, chấn thương tủy.

Công cụ nhanh:

- Nhật ký bàng quang 3 ngày: giờ–lượng uống, lần đi tiểu, lượng (ước/đo), sự kiện rò.
- ICIQ-UI SF hoặc OAB-q: định lượng khó chịu → theo dõi diễn tiến.
- Pad test (1h/24h) khi cần khách quan hóa.

Khám:

- BMI, ho/cười test (cough stress test): quan sát rò.
- Khám âm đạo: sa sàn chậu (POP), teo niêm mạc sau mãn kinh, ấn đau cơ sàn chậu.

- Khám trực tràng khi nghi rectocele/táo bón.
- Đo tồn lưu sau tiểu (PVR) bằng siêu âm: Bình thường thường <50 ml, đáng lo >150–200 ml (cân nhắc tắc nghẽn/giảm co bóp).
- Que thử nước tiểu/cấy nếu đái buốt/đục/sốt.

Khi nào làm thêm?

- Siêu âm thận–BQ nếu bí/tái nhiễm.
- Niệu động học: không phải thường quy; cân nhắc khi phẫu thuật SUI, bí khó hiểu, MUI nặng, thất bại điều trị, nghi bàng quang thần kinh.
- Nội soi nếu đái máu, đau, nhiễm tái phát, nghi khối bàng quang/niệu đạo.

Cờ đỏ – phải loại trừ trước khi điều trị "triệu chứng": đái máu đại thể, đau vùng chậu không giải thích, nhiễm tái phát sốt, khối vùng chậu, mới xuất hiện kèm yếu–tê–rối loạn cơ vòng (nghĩ thần kinh), tiền sử xạ trị.

3. Bậc 1 – Chỉnh hành vi & phục hồi sàn chậu (áp

cho mọi thể)

3.1. Nhật ký & giáo dục:

- Mục tiêu số lần đi: 6–8 lần/ngày, đêm ≤1–2 (tuỳ tuổi).
- Giảm caffeine/cồn; chia nhỏ nước ban ngày, giảm sau 18–19h nếu tiểu đêm; tránh "uống bù" buổi tối.
- Quản lý phù chân: nâng chân/ tất ép 2–3h chiều, di chuyển dịch về ban ngày → giảm tiểu đêm.
- Đi tiểu đúng lúc: luyện trì hoãn tăng dần (urge suppression) bằng hít thở chậm + siết sàn chậu nhanh 5–10 lần; phân tâm → tăng khoảng cách 5–15 phút mỗi tuần.
- Đi cầu "êm": chất xơ 20–30 g/ngày, đủ nước, tư thế ngồi (gác chân), tránh rặn.

3.2. Phục hồi sàn chậu (PFMT/Kegel – có hướng dẫn):

- Kỹ thuật: "Siết cơ như đang nín xì hơi và nín tiểu, không gồng bụng/mông/đùi, thở đều."

- Liều cơ bản: 3–4 buổi/ngày; mỗi buổi 10–15 lần siết, giữ 5 giây – thả 5 giây; tăng dần lên 8–10 giây; cộng thêm 10 lần co nhanh.
- Thời gian: tối thiểu 12 tuần → đánh giá lại; duy trì bảo dưỡng 3–4 ngày/tuần.
- Tăng cường: biofeedback/điện kích thích khi khó cảm nhận cơ hoặc SUI dai dẳng.
- Sau sinh/tiền phẫu SUI: PFMT giảm rò, cải thiện tự tin; nên bắt đầu càng sớm càng tốt (khi an toàn sản khoa).

3.3. Hỗ trợ tại chỗ:

- Estrogen âm đạo liều thấp (kem/viên/vòng) cho phụ nữ mãn kinh → cải thiện khô rát, cấp bách, tiểu rát; tăng dung nạp pessary/PFMT.
- Pessary nâng niệu đạo/khối nâng: hữu ích ở SUI, sa kèm rò; thử–đi–ho tại phòng khám; tái khám chăm sóc 1–3 tháng.

Mốc theo dõi bảo tồn: sau 6–12 tuần: so ICIQ/OAB-q, số lần rò/ngày, số lần thức đêm, PVR nếu nguyên bí.

4. Bậc 2 – Thuốc "đúng người – đúng lúc – đúng liều"

Không dùng thuốc trước khi có nhật ký và PFMT, trừ khi triệu chứng nặng ảnh hưởng đáng kể cuộc sống.

4.1. UUI/OAB (mót gấp – rò gấp):

- Kháng cholinergic (oxybutynin, tolterodine, solifenacin, fesoterodine…):
- Hiệu quả: giảm số lần mót/rò, tăng dung tích chứa.
- Tác dụng phụ: khô miệng, táo bón, mờ mắt, ngủ gà–lú lẫn ở người già.

Lưu ý: đo PVR trước & sau vài tuần nếu có nguy cơ bí; tránh đa gánh nặng kháng cholinergic (soi lại toa thuốc).

- β3-agonist (mirabegron; vibegron – nơi có):

Ưu: ít khô miệng, ít táo bón; tốt cho người cao tuổi.

Nhược: có thể tăng HA nhẹ → theo dõi huyết áp.

- Phối hợp (kháng cholinergic + β3. khi đơn trị chưa đủ và dung nạp tốt.

- Estrogen âm đạo: bổ trợ ở mãn kinh.

- Duloxetine: không dùng cho OAB; đôi khi cân nhắc SUI chọn lọc (tuân theo quy định từng quốc gia).

4.2. SUI (rò khi gắng sức):

- Thuốc toàn thân không phải chuẩn mực. Tập PFMT, pessary, giảm ho/táo bón/giảm cân vẫn là nền tảng.

4.3. Sau 4–8 tuần: đánh giá đáp ứng – tác dụng phụ. Nếu không đạt mục tiêu và tuân thủ tốt, chuyển bậc 3.

5. Bậc 3 – Can thiệp tối thiểu → phẫu thuật chọn lọc

5.1. UUI/OAB kháng trị:

- Botox bàng quang (onabotulinumtoxinA 100U nội soi):

Hiệu quả cao, đặc biệt trong OAB kháng thuốc.

Nguy cơ: bí tiểu cần CIC (thông ngắt quãng sạch) tạm thời; nhiễm tiểu; tác dụng kéo dài 6–9 tháng → nhắc lại.

Chỉ thực hiện khi người bệnh đồng ý và có khả năng/nguồn lực làm CIC nếu cần.

- Kích thích thần kinh

Thần kinh chày sau (PTNS): 12 buổi/tuần, duy trì hàng tháng; ít xâm lấn, an toàn ở người già.

Kích thích rễ cùng (SNM – sacral neuromodulation): thử–mấy tuần → cấy vĩnh viễn nếu đáp ứng; hữu ích cho OAB/Bí chức năng.

5.2. SUI – khi bảo tồn thất bại và chất lượng sống giảm đáng kể:

- Mid-urethral sling (TVT/TOT – lưới qua niệu đạo giữa): chuẩn mực nhiều nơi;

Ưu: hiệu quả cao, hồi phục nhanh.

Nguy cơ: bí tiểu, đau, xói lưới, nhiễm, hiếm thần kinh–mạch; cần tư vấn kỹ.

- Autologous fascial sling (dùng cân tự thân)

hoặc Burch colposuspension: chọn khi không muốn/không dùng lưới.

- Sửa sa kèm nếu có POP rõ; nhớ đánh giá UUI tiềm ẩn.

Mục tiêu: khô "đủ dùng" (ít hoặc hết băng), ngủ tốt hơn, ra ngoài tự tin – không nhất thiết "khô tuyệt đối".

6. Mixed UI (MUI) – đi theo "triệu chứng trội"

- Nếu UUI trội: OAB bậc 1–2 trước; khi mót– rò ổn hơn, đánh giá lại SUI còn bao nhiêu.

- Nếu SUI trội: PFMT ± pessary → cân nhắc sling; song hành chiến lược giảm kích thích bàng quang.

- Luôn đo PVR trước khi khởi kháng cholinergic và sau Botox/SNM.

7. Những nhóm đặc biệt

- Phụ nữ sau sinh: ưu tiên PFMT sớm, hướng dẫn bế/cho bú đúng tư thế, tránh táo bón; đa phần cải thiện trong 6–12 tháng.

- Mãn kinh: estrogen âm đạo + PFMT; cân nhắc β3 trước kháng cholinergic nếu có nguy cơ nhận thức.

- Người rất cao tuổi/sa sút trí tuệ: toileting theo giờ, “prompted voiding”, đồ thấm hút phù hợp; tránh đa dược; PTNS là lựa chọn ít hại.

- Nam giới có LUTS/BPH kèm UUI: tối ưu α-blocker ± 5-ARI trước; đo PVR rồi mới dùng OAB thuốc; cảnh giác bí.

- Bàng quang thần kinh (đột quỵ, MS, Parkinson): phối hợp thần kinh–phục hồi chức năng; niệu động học sớm khi nghi áp lực chứa cao để bảo vệ thận.

8. Thuốc “làm nặng rò” – rà soát để bớt thuốc

- Lợi tiểu, SGLT2 → tăng tiểu nhiều/đái đêm.

- ACEI → ho mạn (tệ hơn SUI).

- Kháng cholinergic khác → bí/PVR cao (xấu thêm OAB nếu bí nền).

- An thần, rượu → giảm nhận biết mót, té ngã đêm.

- Opioid → táo bón (xấu MUI/rectocele).

Hành động: điều chỉnh giờ dùng, thay nhóm thuốc khi có thể, chỉ định rõ ràng mỗi thuốc.

9. Theo dõi – đo tiến bộ thay vì đếm thuốc

- Sau 6–12 tuần bảo tồn hoặc 4–8 tuần thuốc:

Nhật ký: số lần rò/ngày, số băng, số lần dậy đêm, thời gian giữa các lần tiểu.

ICIQ/OAB-q giảm $\geq 50\%$ là đáp ứng tốt.

PVR nếu có bí/đổi thuốc/tiêm Botox.

- Sau can thiệp: tái khám 2–6 tuần, rồi 3–6 tháng; thiết lập kế hoạch duy trì (PFMT, nhắc lịch PTNS, nhắc lại Botox khi triệu chứng quay lại).

10. Bẫy và cách né

1. Cho kháng cholinergic khi chưa đo PVR ở bệnh nhân có bí/bàng quang lười → bí cấp.

2. Thấy "ướt" là gán OAB → bỏ sót SUI đơn thuần có thể khỏi bằng PFMT/sling.

3. Bỏ qua táo bón/phù chân/ho mạn → điều trị không bền.

4. Rối loạn nhận thức + kháng cholinergic → lú lẫn té ngã.

5. Sling khi UUI trội → thất vọng hậu phẫu; phải điều trị OAB trước.

6. Botox không dặn CIC → khủng hoảng khi bí.

7. Pessary đặt xong không chăm → loét–nhiễm → "đổ lỗi dụng cụ".

11. Thuật toán tóm tắt (60 giây ở phòng khám)

1. Phân loại: SUI / UUI / MUI (dựa bệnh sử + cough test + nhật ký).

2. Loại trừ cờ đỏ; que thử/cấy khi nghi nhiễm.

3. Đo PVR nếu LUTS phức tạp, >65 tuổi, dùng nhiều thuốc, bí/đi không hết.

4. Bậc 1 cho tất cả: Giáo dục + nhật ký + PFMT (12 tuần) ± estrogen tại chỗ ± pessary.

5. UUI còn nặng: β3 trước/kháng cholinergic

(đo PVR), hoặc phối hợp.

6. Kháng trị UUI: Botox (sẵn sàng CIC) hoặc PTNS/SNM.

7. SUI dai dẳng ảnh hưởng sống: cân nhắc sling/Burch/fascial theo hồ sơ & mong đợi.

8. MUI: điều trị theo triệu chứng trội; đánh giá lại sau mỗi bậc.

12. Lời kết – "khô đủ để sống dễ"

Tiểu không kiểm soát không phải thất bại đạo đức, mà là bệnh có lộ trình điều trị rõ. Khi ta đo PVR trước khi kê đơn, huấn luyện sàn chậu đúng cách, giảm gánh thuốc thừa, và chỉ can thiệp khi cần, người bệnh sẽ ngủ tốt hơn, ra đường tự tin hơn, làm việc tập trung hơn. Đừng chạy theo "khô tuyệt đối"; hãy đặt mục tiêu "khô đủ để sống thoải mái". Đó là niệu khoa nhân hậu – và cũng là cách điều trị bền vững nhất.

Chương 54. Bàng quang tăng hoạt – "môn tập kỷ luật" của cơ thể

(Giữa y học và đời sống, nơi kỷ luật nhỏ mỗi ngày

làm nên tự do thật sự)

1. Hiểu đúng để không sợ: khi bàng quang "nói nhiều" hơn cần thiết

Bàng quang tăng hoạt (OAB – *Overactive Bladder*) là tình trạng mót tiểu gấp, có hoặc không kèm rò tiểu, thường đi kèm tiểu nhiều lần ban ngày và tiểu đêm. Nguyên nhân không phải lúc nào cũng rõ ràng: đôi khi là rối loạn điều phối thần kinh (não–tủy–bàng quang), đôi khi do mất ức chế trung ương ở tuổi cao, viêm mạn tính, tăng nhạy cảm niêm mạc, hoặc thói quen uống nước, caffein, rượu không hợp lý.

Điều quan trọng: OAB không phải "bàng quang yếu". Nó là bàng quang quá nhanh nhả tín hiệu, như một đứa trẻ nhạy cảm – chỉ cần ta dạy lại nhịp, nó sẽ ngoan.

2. Chẩn đoán thực hành – hỏi kỹ hơn, làm ít mà đúng

- Triệu chứng chính: mót gấp, không kìm được, tiểu nhiều lần (>8 lần/ngày), tiểu đêm ≥ 1–2 lần.

- Phân biệt:
- Có rò gấp → OAB-wet,
- Không rò → OAB-dry.
- Loại trừ nguyên nhân khác: nhiễm khuẩn (que thử, cấy), sỏi, u, sa, thuốc lợi tiểu, đái tháo đường.
- Đo PVR (Post-Void Residual): bắt buộc ở người lớn tuổi, nam LUTS, dùng thuốc ảnh hưởng co bóp → tránh điều trị sai khi bàng quang đang "giảm co".
- Nhật ký bàng quang 3 ngày:

Giờ uống, lượng uống, giờ tiểu, lượng tiểu, sự kiện mót/rò, chất kích thích (cà phê, bia…).

Đây là "tấm gương thật" của hành vi tiểu tiện – giúp bác sĩ và bệnh nhân cùng thấy "đâu là thói quen, đâu là bệnh".

3. Bậc 1: Tập lại nhịp – "Huấn luyện bàng quang"

3.1. Mục tiêu: dạy bàng quang biết chờ

- Khi mót: dừng lại, ngồi xuống, hít sâu 5 lần, siết sàn chậu nhanh 5–10 lần.
- Mót chưa giảm → phân tâm (đếm ngược, hít thở chậm), tăng khoảng cách giữa các lần tiểu thêm 5–15 phút mỗi tuần.
- Ghi lại trong nhật ký – nhìn thấy tiến bộ chính là động lực.

3.2. Điều chỉnh thói quen uống & sinh hoạt

- Chia nhỏ lượng nước ban ngày, tránh uống dồn buổi tối.
- Hạn chế caffein, rượu, nước ngọt có gas.
- Kiểm soát tiểu đêm:

Nâng chân, tất ép 2–3h trước ngủ (giảm dịch hồi lưu).

Giảm muối, tránh uống sau 19h.

- Tránh táo bón: vì táo bón kéo bàng quang xuống, làm “mót” nhiều hơn.
- Kiểm soát bệnh nền: đái tháo đường, tăng

huyết áp, suy tim (lợi tiểu).

3.3. Phục hồi sàn chậu song song

Sàn chậu khỏe giúp ức chế cơn co sớm. Kegel đúng kỹ thuật (siết – giữ 5s – thả 5s, 10 lần/lần, 3–4 lần/ngày) giúp trì được cơn mót và tăng tự tin.

4. Bậc 2: Khi tập chưa đủ – thuốc bước vào nhưng "đi nhẹ tay"

4.1. Hai nhóm thuốc chính

- Kháng cholinergic (oxybutynin, solifenacin, tolterodine, fesoterodine, trospium…):
- Ức chế co bóp bàng quang sớm → giảm mót, rò.
- Tác dụng phụ: khô miệng, táo bón, mờ mắt, lú lẫn (đặc biệt ở người già).

Mẹo: dùng liều thấp nhất có hiệu quả; theo dõi 2–4 tuần.

- β3-agonist (mirabegron, vibegron):

Tăng dung tích chứa bàng quang mà không ảnh

hưởng nhận thức.

Ưu tiên ở người cao tuổi; theo dõi huyết áp.

- Phối hợp 2 nhóm khi đơn trị không đủ và dung nạp tốt.

4.2. Estrogen tại chỗ (ở phụ nữ mãn kinh)

- Cải thiện niêm mạc, giảm kích thích receptor cảm giác, tăng hiệu quả PFMT và thuốc.

4.3. Lưu ý khi dùng thuốc

- Đo PVR trước và sau 2–4 tuần, nhất là ở người ≥ 65 tuổi.

- Giảm liều hoặc ngưng nếu bí, táo bón nặng, lú lẫn, khô miệng nhiều.

- Không dùng nếu nghi bàng quang giảm co bóp hoặc tắc nghẽn đường ra.

Bàng quang tăng hoạt không cần "đè nén" bằng thuốc, mà cần "dạy lại" bằng kỷ luật – thuốc chỉ là gia sư, không phải cảnh sát.

5. Bậc 3: Khi thuốc "nói chưa đủ" – để thần kinh "nói thay"

5.1. Tiêm Botox bàng quang

- 100 đơn vị onabotulinumtoxinA qua nội soi bàng quang, phân bố 15–20 điểm.
- Hiệu quả: giảm cơn mót, tăng dung tích chứa, cải thiện chất lượng sống.
- Tác dụng kéo dài: 6–9 tháng; tiêm lại khi cần.
- Rủi ro: bí tiểu (phải thông ngắt quãng sạch – CIC), nhiễm tiểu.
- Điều kiện: bệnh nhân hiểu, đồng ý, được hướng dẫn CIC nếu cần.

5.2. Kích thích thần kinh (Neuromodulation)

- Kích thích thần kinh chày (PTNS):

Cắm kim nhỏ vùng mắt cá, kích điện nhẹ 30 phút/buổi, 1 lần/tuần x 12 buổi, sau đó duy trì mỗi tháng.

Hiệu quả 60–70%, an toàn ở người già.

- Kích thích thần kinh cùng (Sacral nerve stimulation – SNM):

Đặt điện cực thử 2–3 tuần, nếu cải thiện >50% → cấy vĩnh viễn.

Hiệu quả cao, nhưng chi phí và kỹ thuật cao hơn.

6. Bậc 4: Khi mọi cách đều không hiệu quả (hiếm)

- Tái huấn luyện đa mô thức: phối hợp niệu – thần kinh – phục hồi chức năng – tâm lý.

- Cắt thần kinh chọn lọc / tái tạo bàng quang bằng ruột: cực kỳ hiếm, chỉ chỉ định khi đau – rò nặng, thất bại toàn diện.

7. Cờ đỏ & bẫy lâm sàng

- Đừng nhầm OAB với nhiễm trùng (đi tiểu nhiều – tiểu rắt).

- Không cho thuốc nếu PVR >150 ml – có thể là bàng quang “lười”, không phải “nhanh”.

- Không lạm dụng kháng cholinergic ở người cao tuổi – nguy cơ lú lẫn, ngã, khô miệng – suy dinh dưỡng.

- Theo dõi tiểu đêm: nếu quá nhiều, nghĩ đến suy tim, phù, rối loạn giấc ngủ, lợi tiểu muộn.

8. Theo dõi và đo tiến bộ

- Sau 4–8 tuần: đánh giá số lần tiểu/ngày, dậy đêm, số cơn mót/rò, điểm OAB-q.

- Đáp ứng tốt: giảm ≥50% triệu chứng hoặc "đỡ phiền nhiều hơn trước".

- Tái khám: 3–6 tháng/lần; duy trì bài tập, nhật ký, cân nhắc nhắc thuốc theo chu kỳ.

9. Lời kết – "bàng quang ngoan là do người dạy khéo"

OAB là một môn tập kỷ luật của cơ thể. Nó dạy cả bác sĩ lẫn bệnh nhân kiên nhẫn, tôn trọng nhịp sinh học, và điều chỉnh thay vì ép buộc. Một bàng quang được huấn luyện tốt không cần thuốc mạnh, chỉ cần người hiểu nó: uống vừa, tiểu đúng, thở sâu khi mót, và tin rằng "cơ thể vẫn còn nghe lời mình, nếu mình nói

đúng cách." Và đôi khi, chỉ cần ngủ đủ, giảm cà phê, và sống chậm lại, cơ thể tự biết lấy lại nhịp yên bình vốn có.

Chương 55. Viêm bàng quang kẽ / Hội chứng đau bàng quang – khi nỗi đau nằm ngoài kết quả xét nghiệm

1. Mở đầu – Khi mọi xét nghiệm đều "bình thường", mà bệnh nhân vẫn đau

Người bệnh đến, kể: "Em đi tiểu liên tục, buốt rát, đau tức vùng dưới rốn… xét nghiệm nước tiểu bao lần cũng âm tính, kháng sinh uống hoài không đỡ." Đây chính là hội chứng đau bàng quang (BPS/IC – Bladder Pain Syndrome / Interstitial Cystitis) – một bệnh mạn tính, đa yếu tố, nơi bàng quang mất khả năng làm "hồ chứa yên tĩnh" của cơ thể.

"Không có vi khuẩn, nhưng có đau. Không có sỏi, nhưng có nặng nề. Không chết người, nhưng hành hạ từng ngày."

Đây không chỉ là bệnh của niêm mạc – mà là bệnh của cảm giác và thần kinh. Nó đòi hỏi bác sĩ phải vừa làm chuyên môn, vừa làm người đồng hành.

2. Định nghĩa & chẩn đoán – gọi tên để dừng lạc hướng

Hội chứng đau bàng quang (BPS/IC) được định nghĩa (theo ESSIC/AUA) là:

"Đau, tức, hoặc khó chịu vùng bàng quang liên quan với nhu cầu tiểu cấp hoặc tiểu nhiều lần, kéo dài ≥ 6 tuần, không tìm được nguyên nhân khác (nhiễm, sỏi, u, bức bách thần kinh...)."

Điều kiện loại trừ:

- Nhiễm khuẩn niệu hoạt động.
- Sỏi hoặc u bàng quang.
- Lao, viêm niệu đạo, xạ trị vùng chậu, thuốc gây viêm (cyclophosphamide).
- Bàng quang thần kinh rõ rệt.

Triệu chứng điển hình:

- Đau, rát, tức vùng hạ vị, niệu đạo, tầng sinh môn, lưng dưới, tăng khi bàng quang đầy, giảm sau tiểu.

- Tiểu rắt, mót liên tục, có thể 20–30 lần/ ngày, 5–8 lần đêm.
- Cảm giác “bàng quang nhỏ lại”.
- Không có vi khuẩn trong cấy nước tiểu.

Cận lâm sàng:

- Nước tiểu – cấy âm tính, soi vi thể có thể ít bạch cầu/HC.
- Siêu âm – CT – nội soi loại trừ nguyên nhân khác.
- Nội soi bàng quang + test hydrodistension (nếu cần): có thể thấy glomérulations (xuất huyết nhỏ), hoặc tổn thương Hunner’s ulcer (ổ loét) – tuy không bắt buộc để chẩn đoán.
- Thang điểm đánh giá: O’Leary–Sant Symptom & Problem Index, thang đau VAS, số lần tiểu/ngày–đêm, chất lượng sống (QoL).

3. Sinh lý bệnh – khi “đường tín hiệu đau” bị rối

Giống như dây điện bị lộ, bàng quang trong BPS trở nên quá nhạy cảm với mọi kích thích.

- Hàng rào GAG (glycosaminoglycan) bị tổn thương → ion K^+ xâm nhập, kích thích sợi thần kinh cảm giác.
- Viêm nhẹ mạn tính, tăng mast cell, phóng thích histamin – cytokine → kích thích đau thêm.
- Trung tâm tủy sống – não "học" cảm giác đau → tăng cảm giác (central sensitization).
- Stress, rối loạn giấc ngủ, trầm cảm làm đau tăng – vì hệ thần kinh thực vật liên quan chặt chẽ.

Tóm lại: "Cảm giác đau không chỉ nằm ở bàng quang, mà lan sang cả cách người bệnh cảm nhận cuộc sống."

4. Phân nhóm – để chọn hướng phù hợp

Loại hình	**Đặc điểm**	**Gợi ý xử trí chính**
Không loét (non-Hunner)	Phổ biến nhất; chỉ có viêm nhẹ, không tổn thương đặc hiệu	Tập trung vào lối sống – thuốc uống – bơm rửa tại chỗ

Có loét Hunner	Tổn thương khu trú, chảy máu khi căng bàng quang	Đốt loét (fulguration), tiêm steroid tại chỗ, ± thuốc toàn thân

5. Tiếp cận điều trị theo bậc – "bản nhạc nhiều nhạc cụ"

Bậc 1: Giáo dục & điều chỉnh hành vi (bắt buộc, nền tảng)

- Giải thích rõ: không nhiễm – không cần kháng sinh.
- Tránh "chạy vòng quanh" với 5–7 toa kháng sinh vô ích.
- Giúp bệnh nhân hiểu: đây là bệnh kiểm soát – không phải tuyệt đối khỏi, và thành công là giảm tần suất đau – ngủ lại được – đi tiểu ít hơn.
- Nhật ký tiểu tiện và đau (3–7 ngày): theo dõi tiến triển.
- Chế độ ăn – "ăn ít kích thích, sống dễ chịu

hơn” Tránh nhóm “acid – kích thích thần kinh”:

- Cà phê, trà, rượu, bia, nước có gas.
- Cam chanh, cà chua, gia vị cay, chocolate.
- Chất ngọt nhân tạo (aspartame). Khuyến khích: nước ấm, rau củ luộc, gạo lứt, yến mạch, thức ăn mềm.

Lối sống:

- Quản lý stress, giấc ngủ (thiền, yoga, đi bộ).
- Tránh táo bón (giảm áp lực vùng chậu).
- Không cố “nhịn tiểu”, nhưng cũng không đi quá sớm – tập khoảng cách phù hợp.

Bậc 2: Phục hồi chức năng sàn chậu – khi cơ “gồng” vì đau

- Đau mạn → cơ sàn chậu co cứng phản xạ.
- Vật lý trị liệu chuyên biệt: xoa giãn cơ nâng hậu môn, biofeedback, kích thích điện nhẹ; tránh tập Kegel gắng sức (vì làm co thêm).
- Mục tiêu: thư giãn cơ, giảm áp lực lên bàng

quang.

Bậc 3: Thuốc toàn thân & tại chỗ (theo bậc)

Thuốc uống:

- Amitriptyline (10–25mg tối): giảm đau thần kinh, chống trầm cảm nhẹ, cải thiện giấc ngủ.
- Hydroxyzine (25–50mg tối): ức chế histamin – giảm ngứa, đau; đặc biệt hữu ích ở người có dị ứng/mast cell tăng.
- Pentosan polysulfate sodium (PPS): phục hồi hàng rào GAG; dùng 100mg x 3 lần/ngày, hiệu quả sau 3–6 tháng.
- NSAID/Paracetamol: dùng ngắn hạn khi đợt đau cấp.
- Gabapentin/pregabalin: khi đau kiểu thần kinh rõ.

Thuốc đặt/bơm rửa bàng quang (instillation):

- Heparin ± lidocain ± bicarbonat – phục hồi GAG + giảm đau tức thì.

- DMSO (dimethyl sulfoxide 50%) – kháng viêm, giảm co thắt (1 lần/tuần x 6–8 tuần).
- Hyaluronic acid / Chondroitin sulfate – tái tạo hàng rào niêm mạc.
- Có thể phối hợp luân phiên tùy đáp ứng.

Bậc 4: Can thiệp khi loét Hunner hoặc kháng trị

- Đốt điện/laser loét Hunner (fulguration).
- Tiêm steroid tại chỗ (triamcinolone) quanh ổ loét.
- Hydrodistension (căng bàng quang) – giúp tăng dung tích tạm thời, giảm đau vài tháng.
- Botox nội bàng quang: hiệu quả chọn lọc, đặc biệt khi co thắt quá mức.
- Kích thích thần kinh chày/sacral (PTNS/ SNM): giảm đau – giảm tần suất đi tiểu.
- Phẫu thuật (cắt bàng quang – tái tạo): chỉ khi thất bại mọi phương án, đau tàn phế, dung tích $<$100ml.

6. Đánh giá đáp ứng – "Đo bằng đời sống, không bằng phim chụp"

- Số lần tiểu/ngày, số lần dậy đêm, điểm đau (VAS), ICIQ / QoL – ghi mỗi tháng.
- Đáp ứng tốt khi:
- Giảm $\geq$30–50% cơn đau / số lần đi tiểu.
- Ngủ được $\geq$4 tiếng liền.
- Giảm dùng thuốc giảm đau.
- Không dùng từ "khỏi", mà là "ổn định, sống dễ hơn".
- Khuyến khích bệnh nhân tự ghi nhật ký cải thiện, vì đôi khi chính họ cũng quên mình đã tiến bộ thế nào.

7. Bẫy thường gặp

1. Cấy nước tiểu âm tính nhưng vẫn cho kháng sinh → loạn khuẩn, khô niêm mạc, tăng đau.
2. Bỏ qua cơ sàn chậu → điều trị không bền.
3. Không hướng dẫn chế độ ăn → tái kích

thích.

4. Chỉ tập trung "xét nghiệm đẹp" mà quên đo chất lượng sống.

5. Không giải thích bệnh mạn → người bệnh thất vọng, bỏ theo dõi.

8. Lời kết – chữa người, không chỉ chữa bàng quang

BPS/IC dạy người thầy thuốc bình tĩnh và lắng nghe. Không có "vi khuẩn để tiêu diệt", chỉ có một cơ thể cần được xoa dịu. Chữa bệnh này, đôi khi không cần thêm thuốc, mà cần bớt hoang mang. Bác sĩ giống như nhạc trưởng, giúp bệnh nhân hòa lại những nốt nhạc rối loạn giữa thân – tâm – thần kinh.

Chương 56. Rối loạn đường tiết niệu dưới ở người lớn tuổi – khi "đi tiểu" trở thành chuyện lớn của tuổi già

1. Bắt đầu từ điều giản dị nhất: "Ông cụ đi tiểu nhiều quá"

Trong phòng khám, câu than ấy xuất hiện hằng ngày. Người già đến với túi thuốc đầy tay, trong đó

có cả thuốc lợi tiểu, an thần, kháng cholinergic, rồi thêm thuốc tim mạch, thuốc ngủ, thuốc ho. Cả một dàn nhạc dược lý đang diễn ra bên trong cơ thể họ – và không ngạc nhiên khi bàng quang, niệu đạo, thần kinh đều "lạc nhịp".

Rối loạn đường tiết niệu dưới (LUTS – *Lower Urinary Tract Symptoms*) ở người lớn tuổi hiếm khi có một nguyên nhân duy nhất. Nó có thể đến từ:

- Tiền liệt tuyến phì đại (BPH) → tắc nghẽn đường ra.
- Bàng quang tăng hoạt (OAB) → mót gấp, tiểu nhiều, rò.
- Cơ sàn chậu yếu → són khi gắng sức.
- Sa tạng chậu ở nữ → tắc nghẽn giả hoặc rò.
- Thuốc: lợi tiểu, kháng cholinergic, chống trầm cảm, an thần.
- Thần kinh – mạch máu: đái tháo đường, Parkinson, Alzheimer, đột quỵ.
- Thói quen sinh hoạt: uống quá nhiều nước, caffein, ngủ ngày – thức đêm.

Tuổi tác không gây bệnh, chỉ làm những thứ nhỏ nhặt trở nên phức tạp hơn.

2. Cách tiếp cận: "Gỡ rối có trật tự"

Bước 1 – Hỏi kỹ, đừng vội kê đơn

- Khởi phát – diễn tiến: đột ngột hay mạn tính?
- Triệu chứng chính: tiểu yếu, rò, mót, tiểu đêm, đái máu?
- Thói quen uống – ngủ – thuốc.
- Bệnh nền: tim, đái tháo đường, thần kinh.
- Ảnh hưởng đến đời sống: mất ngủ, sợ ra đường, té ngã do tiểu đêm.

Bước 2 – Khám đúng chỗ, nhẹ nhàng nhưng đủ

- Bụng dưới: bàng quang căng, sờ thấy cầu bàng quang?
- Thăm trực tràng (nam): kích thước, mật độ tuyến tiền liệt.

- Khám âm đạo (nữ): sa sàn chậu, niêm mạc teo, loét.
- Đo PVR (tồn lưu sau tiểu) bằng siêu âm – chìa khóa phân loại:
- PVR thấp (<50 ml): nghi OAB, tiểu nhiều thật.
- PVR cao (>150–200 ml): nghĩ tắc nghẽn, giảm co bóp.
- Siêu âm thận–bàng quang: phát hiện ứ nước, sỏi, u, đo thể tích bàng quang.
- Xét nghiệm cơ bản: nước tiểu, creatinin, đường huyết.

Khám ở người già là gỡ từng nút, không phải "cắt đứt dây".

3. Nhận diện "hỗn hợp" – vì hầu hết bệnh nhân có hơn một vấn đề

Kiểu LUTS	**Cơ chế chính**	**Gợi ý xử trí ban đầu**
Tiểu nhiều ban ngày, đêm, mót	OAB / kích thích	Giảm caffeine, tập trì hoãn, cân

gấp		nhắc β3-agonist
Tiểu yếu, nhỏ giọt, tồn lưu cao	BPH / hẹp / giảm co bóp	Đo PVR, cân nhắc α-blocker; tránh kháng cholinergic
Tiểu rò khi ho, cười	Yếu sàn chậu / sa	Tập Kegel, pessary, estrogen tại chỗ
Tiểu đêm >2 lần	Rối loạn dịch / tim / thuốc lợi tiểu	Điều chỉnh giờ thuốc, mang tất ép, giảm muối

4. Nguyên tắc vàng: giảm thuốc trước khi thêm thuốc

Ở người lớn tuổi, mỗi viên thuốc thêm là một nguy cơ té ngã, lú lẫn, khô miệng, bí tiểu, táo bón. Do đó:

1. Rà lại toa cũ:

Lợi tiểu → chuyển dùng sáng.

Kháng cholinergic (dị ứng, chóng mặt, an thần) → xem có thể ngưng không.

Thuốc ngủ → thay bằng liệu pháp hành vi.

2. Điều chỉnh hành vi trước:

- Giảm nước buổi tối, giảm cafe/rượu, chống táo bón.
- Đi tiểu theo giờ. Tập phục hồi sàn chậu.

3. Nếu thật cần thuốc: dùng một loại, liều thấp nhất, theo dõi sát PVR và tác dụng phụ.

5. Khi nào dùng thuốc – và chọn sao cho "mềm"

- BPH chiếm ưu thế:
- α-blocker (tamsulosin, alfuzosin) – khởi liều thấp, theo dõi HA tư thế.
- 5-ARI (dutasteride/finasteride) nếu tuyến $>$40g, dùng dài hạn.
- OAB kèm PVR thấp:
- Ưu tiên β3-agonist (mirabegron) hơn kháng cholinergic.
- Nếu cần kháng cholinergic, chọn loại ít qua

hàng rào máu não -trospium

- Sa sàn kèm rò gắng sức:
- Kegel, estrogen âm đạo, pessary.
- Phẫu thuật chỉ khi thể lực & mong muốn phù hợp.
- Bàng quang lười (PVR cao, bí tiểu mạn):
- Tránh thuốc OAB.
- Xem xét thông tiểu ngắt quãng sạch (CIC); theo dõi thận định kỳ.

6. "Đa bệnh, đa thuốc" – nghệ thuật chọn ưu tiên

Ở người già, mục tiêu điều trị không phải là "sổ đẹp", mà là "ngủ được và không sợ ra ngoài". Ví dụ:

- Bệnh nhân LUTS + tăng huyết áp + mất ngủ: → chọn α-blocker uống tối, vừa hạ HA nhẹ, vừa giúp tiểu dễ, tránh thêm thuốc mới.
- LUTS + lú lẫn nhẹ: → tránh kháng cholinergic, chọn β3 hoặc hành vi.
- LUTS + suy tim: → điều chỉnh giờ uống lợi

tiểu, nâng chân buổi chiều, đừng tăng thuốc OAB.

Cái khó của bác sĩ niệu ở người già không phải là "thiếu thuốc", mà là "dám ngừng đúng thuốc".

7. Can thiệp – ít mà đúng

- Thông tiểu ngắt quãng sạch (CIC): khi PVR cao, bí mạn, hoặc rối loạn thần kinh.
- Nội soi tán sỏi / cắt BPH: chỉ khi nhiễm – ứ nước – bí tái diễn – suy thận.
- Botox / kích thích thần kinh: chỉ chọn lọc khi OAB kháng trị, sức khỏe tổng thể cho phép.
- Không mổ chỉ để "đẹp phim" – ở tuổi 80, chỉ cần "ngủ 4 tiếng liền" đã là thành công.

8. Theo dõi & mốc thực hành

- Đánh giá định kỳ: PVR, số lần tiểu/ngày – đêm, chất lượng sống (QoL).
- Theo dõi tác dụng phụ thuốc (hạ HA tư thế, lú lẫn, khô miệng, táo bón).

- Tái khám sau 1–3 tháng, sau đó mỗi 6 tháng.
- Chú trọng giáo dục người chăm sóc: ghi nhật ký, nhận biết dấu bí tiểu, nhiễm trùng.

9. Lời kết – khi "một giờ ngủ yên" quý hơn mọi xét nghiệm đẹp

Ở người lớn tuổi, mỗi giọt nước tiểu là một chỉ dấu của thời gian. Thận đã yếu, cơ bàng quang mệt, thần kinh chậm, thuốc nhiều – nhưng lòng người vẫn cần một chút tự chủ, một giấc ngủ không gián đoạn. Điều trị tốt không phải là bàng quang trơn tru trên phim, mà là người bệnh thấy nhẹ nhõm, không sợ đêm xuống.

Niệu học ở tuổi già, rốt cuộc, là nghệ thuật của sự tối giản: giảm thuốc, giảm sợ, giảm đau – để tăng lại phẩm giá, giấc ngủ, và niềm vui nhỏ của tuổi già.

Khi tiết niệu trở thành tự do của đời thường

Phần X khép lại không bằng những con số hay phim chụp, mà bằng hơi thở nhẹ của đời sống thật. Bởi y học, ở độ tuổi xế chiều hay trong thân thể người phụ nữ, không còn là cuộc đua tìm hình ảnh hoàn hảo, mà là hành trình tìm lại sự yên ổn giản dị: đi chợ không sợ rò, đi ngủ không dậy năm lần, đi xa

không phải dò tìm nhà vệ sinh ở mỗi góc phố.

Mỗi quyết định trong phần này – đặt pessary hay không, thêm thuốc hay ngưng thuốc, tập Kegel hay chọn phẫu thuật – đều xoay quanh một câu hỏi duy nhất:

“Điều này có làm đời bệnh nhân dễ hơn không?”

Nếu có, ta đi tiếp. Nếu chưa, ta dừng lại, chỉnh lại.

Bởi chữa cho người cao tuổi hay người phụ nữ không phải là thắng bệnh, mà là nâng đỡ họ trở lại với đời sống. Một đời sống có thể chậm, yếu, nhưng vẫn tự chủ, ấm áp và không xấu hổ với chính mình.

Tiết niệu, khi nhìn bằng đôi mắt của lòng nhân, không chỉ là chuyện bàng quang, niệu đạo, sàn chậu. Nó là chuyện tự do – thứ tự do nhỏ bé nhưng quý giá:

- Tự do cười mà không lo són.
- Tự do ra đường mà không sợ mùi.
- Tự do ngủ trọn một đêm mà không thức vì dòng nước nhỏ giọt.

Và có lẽ, đó chính là mục tiêu cuối cùng của nghề này – không chỉ chữa thận hay bàng quang, mà trả lại tự do cho con người trong cơ thể họ. Không cần ồn ào, không cần kỳ tích. Chỉ cần đúng lúc, đủ dùng, và đầy tôn trọng.

Khi người bệnh mỉm cười và nói:

“Bác sĩ ơi, giờ tôi sống dễ hơn rồi,”

thì ấy là lúc người thầy thuốc biết rằng mình đã làm tròn phần đẹp nhất của nghề – giúp con người được sống tự nhiên, trong sự tự do của chính họ.

Phần XI. LỌC MÁU & GHÉP THẬN (Tri ân những người bác sĩ âm thầm "gánh dòng sông urea" mỗi ngày)

Có một góc lặng trong bệnh viện mà không mấy ai để ý, nơi không có tiếng dao mổ, không có hồi hộp của cấp cứu, nhưng có tiếng máy đều đặn quay suốt ngày đêm – đó là phòng lọc máu. Ở đó, các bác sĩ Nội Tiết Niệu – Lọc máu – những "người gác cổng cho sự sống chậm lại" – vẫn lặng lẽ làm công việc mà ít ai hình dung hết được: giữ cho cơ thể con người tiếp tục thanh lọc, khi chính thận đã mỏi mệt buông tay.

Phần XI này là lời tôn vinh cho những đôi tay đã thay dòng chảy, cho những người thầy thuốc mà công việc là giúp bệnh nhân thở bằng… máu sạch.

Chương 57 – Chạy thận nhân tạo: giữ sự sống bằng nhịp máy và lòng người

Ở đây, chúng ta đi qua từng chỉ định – khi nào cần bắt đầu lọc máu, cách lựa chọn đường mạch (fistula, catheter), các nguyên tắc an toàn và biến chứng thường gặp như hạ huyết áp, chuột rút, mất

cân bằng điện giải. Nhưng hơn hết, chương này nói về sự kiên định của cả bác sĩ và bệnh nhân: ba buổi mỗi tuần, mỗi buổi bốn tiếng, lặp lại suốt hàng năm trời – một hành trình mà chỉ có lòng tin và kiên nhẫn mới đủ dài để đi hết.

Chương 58 – Lọc màng bụng: khi bệnh nhân mang "nhà máy lọc" trong chính cơ thể mình

Đây là một hình thức tự do hơn, nhưng cũng đòi hỏi kỷ luật cao hơn. Lọc màng bụng không chỉ là thao tác kỹ thuật – nó là sự giao hòa giữa hiểu biết và tự chăm sóc. Người bác sĩ phải dạy bệnh nhân chọn đúng bệnh, phòng ngừa nhiễm phúc mạc, kiểm soát dịch và dinh dưỡng. Còn bệnh nhân, mỗi ngày lại học cách sống cùng hệ thống của mình, thay dịch, vệ sinh, quan sát cơ thể – như một bài thiền đều đặn giữa đời sống mong manh.

Chương 59 – Ghép thận: giấc mơ hồi sinh của những quả thận từng lặng im

Đây là đỉnh cao của y học niệu, nơi khoa học và lòng nhân đạo giao nhau. Ghép thận không chỉ là cuộc phẫu thuật, mà là một hiệp ước giữa ba bên: người cho, người nhận và người thầy thuốc. Ở đó,

mỗi mũi dao, mỗi thuốc ức chế miễn dịch, mỗi lần tái khám đều mang ý nghĩa của một sự sống được trả lại. Ghép thận dạy ta hiểu rằng, khi một cơ thể chia sẻ sự sống cho cơ thể khác, y học chỉ là người làm chứng cho lòng nhân.

Một lời tri ân thầm lặng

Những bác sĩ Nội Tiết Niệu – Lọc máu không đứng trong ánh đèn phẫu thuật chói chang, nhưng lại canh giữ nhịp sống mong manh nhất – nhịp tuần hoàn của máu độc thành máu sạch. Họ làm việc giữa mùi heparin, tiếng máy bíp đều đặn, và ánh mắt bệnh nhân xen lẫn sợ hãi với biết ơn. Mỗi lần đặt kim, mỗi ca biến chứng được xử lý, mỗi bệnh nhân sống thêm một năm… là một chiến thắng nhỏ, nhưng bền bỉ như chính dòng nước chảy qua quả lọc.

Phần XI không chỉ là chuyên môn – nó là lời ca về lòng kiên trì của con người. Vì không có nghề nào nhìn thấy sự sống đi chậm lại rõ đến thế – và cũng không có nghề nào đòi hỏi lòng nhân và sự chính xác đến từng giọt máu như vậy.

“Một ca lọc máu là một cuộc trao đổi lặng lẽ giữa

con người và máy móc – nhưng người bác sĩ, bằng sự tĩnh lặng và tận tâm của mình, đã khiến cuộc trao đổi ấy trở thành một bản hòa âm của lòng nhân ái."

Chương 57. Chạy thận nhân tạo – giữ sự sống bằng nhịp máy và lòng người

1. Khi nào bắt đầu lọc máu? – nhớ "AEIOU" cho cấp tính, và "3 trụ" cho mạn tính

Suy thận cấp (AKI) – chỉ định tuyệt đối (AEIOU):

- A – Acidosis: toan chuyển hoá nặng không đáp ứng điều trị.
- E – Electrolytes: tăng K^+ nguy kịch hoặc rối loạn điện giải đe doạ tính mạng.
- I – Intoxications: ngộ độc dialyzable (ví dụ một số rượu độc, lithium…).
- O – Overload: phù phổi/quá tải dịch kháng trị.
- U – Uremia: biểu hiện urê huyết nặng (viêm

màng ngoài tim, encephalopathy, nôn ói không dứt…).

Bệnh thận mạn (CKD5/ESRD) – quyết định theo "3 trụ":

1. Triệu chứng urê huyết dai dẳng: mệt mỏi kiệt sức, chán ăn, ngứa dữ, buồn nôn, sụt cân, rối loạn giấc ngủ.

2. Không kiểm soát được: dịch, tăng K^+, toan, tăng ure/creatinine dù đã tối ưu nội khoa.

3. Suy dinh dưỡng tiến triển: albumin giảm, BMI tụt, gầy còm.

GFR <10 ml/ph/1,73m^2 (hoặc <15 ở đái tháo đường) chỉ là mốc tham chiếu. Điều trị khởi chạy thận dựa vào người bệnh trước con số.

2. Chọn và bảo tồn đường mạch máu – "cửa sinh" của lọc máu

Thứ tự ưu tiên: AV fistula (AVF) > AV graft (AVG) > catheter tĩnh mạch trung tâm có cuff.

- AV fistula (nối động – tĩnh mạch tự thân):

Ưu: bền, ít nhiễm, thông suốt lâu.

Nhược: cần maturing 6–12 tuần; phải lên kế hoạch sớm khi CKD tiến triển (GFR ~20).

Theo dõi: sờ thrill, nghe bruit mỗi buổi; cảnh giác hẹp/thiếu máu chi (steal).

- AV graft (ghép mạch nhân tạo):

Dùng khi mạch kém không tạo AVF được; mau dùng hơn, nhưng nhiễm – huyết khối cao hơn.

- Catheter trung tâm có cuff (đặt tĩnh mạch cảnh trong là ưu tiên):

Dùng khi cần lọc ngay hoặc chưa có AVF/AVG.

Rủi ro: nhiễm khuẩn huyết, huyết khối, stenosis tĩnh mạch → chăm sóc vô khuẩn nghiêm ngặt; rút sớm khi có đường mạch vĩnh viễn.

3 điều không quên:

1. Bảo tồn mạch tay không thuận: “Không truyền – không lấy máu – không đo HA” để giữ mạch làm AVF.

2. Tiêm phòng viêm gan B sớm (HBsAb đủ cao) do phơi nhiễm lặp lại.

3. Giáo dục người bệnh tự kiểm tra “rung tay” mỗi ngày; mất rung = báo ngay.

3. “Đơn thuốc chạy thận” – những nút chỉnh quan trọng

- Thời lượng & tần suất chuẩn: 4 giờ/lần, 3 lần/tuần (cá thể hoá theo cân nặng – độc chất – mục tiêu).

- Đường máu máy: Qb ~ 250–350 ml/phút (tuỳ catheter/AVF).

- Dòng dịch lọc (Qd): ~ 500–700 ml/phút.

- Màng lọc (dialyzer): diện tích – hệ số lọc phù hợp cân nặng; màng biocompatible.

- Chống đông: heparin theo giờ; trường hợp nguy cơ chảy máu → heparin tối thiểu/không heparin với rửa saline định kỳ (cân nhắc citrate khi điều kiện cho phép).

- Trọng lượng khô (dry weight): cân mục tiêu không phù – không hạ HA, được đánh giá lại

mỗi tuần.

- Tốc độ siêu lọc (UF rate): cố gắng ≤10–13 ml/kg/giờ để giảm tụt HA – chuột rút.

Đánh giá hiệu quả (adequacy):

- spKt/V ≥1,2 mỗi buổi hoặc URR ≥65% là mục tiêu tối thiểu.

- Nhưng chất lượng sống (ăn được, ngủ được, ít chuột rút) cũng là chỉ dấu không kém quan trọng.

4. Biến chứng trong – sau buổi lọc: nhận – sửa – ngăn

Trong buổi lọc:

- Hạ huyết áp: do UF quá nhanh, ăn trước lọc, bệnh cơ tim tự chủ.

- Xử trí: Trendelenburg nhẹ, giảm UF/tăng Na^+ dịch lọc, bolus saline, đánh giá lại trọng lượng khô.

- Chuột rút: UF cao, Na thấp, thiếu dịch nội mạch.

- Kéo giãn cơ, saline nhỏ hoặc Na^+ thẩm tách linh hoạt; UF chậm lại.

- Đau đầu, buồn nôn, "mù mịt": hội chứng bất tương xứng (disequilibrium) đầu giai đoạn lọc – đặc biệt urê rất cao.

Lọc chậm, thời gian ngắn, tránh rút ure quá nhanh.

- Phản ứng màng lọc (ít gặp): khó thở, mẩn ngứa → đổi màng, thuốc chống dị ứng.

- Rối loạn nhịp/đau ngực: kiểm tra K^+ dịch lọc, tốc độ UF, thiếu máu.

Giữa các buổi:

- Nhiễm khuẩn catheter/đường mạch: sốt, rét run → cấy máu hai đầu, kháng sinh, cân nhắc rút catheter.

- Tăng K^+/phù: ăn – uống không phù hợp, lịch lọc – toa thuốc chưa tối ưu.

- Ngứa, mất ngủ, chuột rút đêm: xem lại phosphate, PTH, Mg, chất lượng lọc, bổ sung dưỡng ẩm – kiểm soát P–Ca.

5. Chăm sóc toàn diện – "lọc máu không chỉ là lọc thận"

Thiếu máu CKD: ESA (EPO) + sắt tĩnh mạch theo mục tiêu Hb cá thể hoá; tránh Hb quá cao. Xương – khoáng: kiểm soát phosphate (ăn kiêng + phosphate binders), vitamin D hoạt tính, điều chỉnh Ca – PTH. Dinh dưỡng: đạm đủ, hạn chế K^+/P theo tư vấn; giữ năng lượng để chống suy mòn. Dịch & muối: hạn chế muối, lượng nước = 500–700 ml + lượng tiểu/24h (tuỳ phù & UF). Tâm lý – xã hội: tư vấn trầm cảm/lo âu, hỗ trợ nghề nghiệp, lựa chọn ca lọc phù hợp với nhịp làm việc – gia đình. Tiêm chủng: HBV, cúm, phế cầu. Thuốc dùng sau lọc: nhiều thuốc bị lọc mất → uống sau buổi (kháng sinh, hạ HA… theo danh mục).

6. Giáo dục người bệnh – 5 câu "nhỏ mà sống còn"

1. Cân mỗi ngày – báo khi tăng >2 kg giữa hai buổi.

2. Giới hạn muối – nước – khát quá là do muối nhiều, không phải thiếu nước.

3. Giữ sạch đường mạch – không ướt, không

tự tháo băng; có đỏ – đau – sốt báo ngay.

4. Kiểm tra rung AVF mỗi sáng – mất rung = cấp cứu.

5. Mang sổ thuốc mỗi lần khám; không tự dùng thuốc đông – nam dược lạ (nguy cơ K^+, P, độc thận).

7. Lựa chọn mô hình lọc – "đổi nhịp sống, không đánh mất đời sống"

- Trung tâm lọc máu chuẩn (in-center HD): an toàn, giám sát y tế đầy đủ.
- Nocturnal/Extended HD (nếu hạ tầng cho phép): thời gian dài hơn, UF nhẹ, đỡ hạ HA, chất lượng sống tốt hơn.
- Chuyển phương thức khi phù hợp: lọc màng bụng hoặc chuẩn bị ghép thận – nói sớm, chuẩn bị sớm.

8. Góc bác sĩ – 10 "checklist" trước khi bấm Start

- Xác nhận chỉ định (AKI vs ESRD; mục tiêu buổi).

- Đường mạch: vị trí, lưu lượng, thrill/bruit.
- Cân nặng – DW – UF rate ($\leq$10–13 ml/kg/giờ).
- Huyết áp – mạch – triệu chứng.
- Toa máy: Qb, Qd, dialyzer, nhiệt – Na^+/K^+/Ca^{2+} dịch lọc.
- Heparin: liều khởi – duy trì; hoặc "no-heparin" + rửa saline.
- Thuốc trong buổi (sắt, ESA) & sau buổi (kháng sinh…).
- Xét nghiệm gần nhất: K^+, bicarbonate, Ca/P, Hb, viêm gan.
- Giấy tờ – đồng thuận – dán nhãn đúng người.
- Kế hoạch dự phòng: hạ HA, chuột rút, phản vệ.

9. Lời kết – hành trình của tin cậy và kiên nhẫn

Chạy thận nhân tạo là đường dài: ba buổi mỗi

tuần, mỗi buổi bốn giờ, lặp đi lặp lại qua năm tháng. Ở đầu kia của dây máu là máy, nhưng ở giữa là niềm tin – tin vào bàn tay điều dưỡng giữ đường mạch an toàn, tin vào bác sĩ điều chỉnh từng ml dịch rút ra, tin vào chính mình để giữ kỷ luật ăn – uống – thuốc.

Chương này nói về kỹ thuật và con người. Máy có thể quay đều, nhưng lòng người mới giữ được nhịp. Khi người bệnh bước ra sau một buổi lọc, thở nhẹ và nói:

"Hôm nay đỡ mệt hơn, bác sĩ ạ," đó là lúc ta hiểu vì sao mỗi quả lọc, mỗi AVF còn rung, mỗi biến chứng được ngăn trước khi xảy ra – đều là những chiến thắng nhỏ. Và những chiến thắng nhỏ ấy, tích lại, giữ sự sống đi tiếp.

Chương 58. Lọc màng bụng – khi người bệnh mang "nhà máy lọc" trong chính cơ thể mình

1. Lọc màng bụng là gì? Vì sao gọi là "tự do hơn nhưng đòi kỷ luật hơn"

Lọc màng bụng (Peritoneal Dialysis – PD) dùng phúc mạc của chính người bệnh làm màng bán

thấm. Dịch lọc được bơm vào khoang phúc mạc, trao đổi chất độc – nước với máu qua phúc mạc, rồi xả ra.

- Tự do hơn: người bệnh chủ động làm tại nhà, đi làm/đi học vẫn sắp được lịch.
- Đòi kỷ luật hơn: phải vệ sinh nghiêm ngặt, đổi dịch đúng giờ, theo dõi cân nặng – lượng dịch vào/ra, nhận biết sớm nhiễm phúc mạc.

Hai phương thức chính:

- CAPD (Continuous Ambulatory PD): đổi túi bằng tay 3–5 lần/ngày, mỗi lần 20–30 phút.
- APD (Automated PD): máy cycler đổi dịch ban đêm, ban ngày thường giữ một lần lưu (day dwell).

2. Chọn người bệnh – "đúng người, đúng nhà, đúng hỗ trợ"

Phù hợp:

- Muốn chủ động thời gian, xa trung tâm lọc máu, bảo tồn chức năng thận còn lại (RRF) tốt hơn.

- Trẻ em, người già còn khéo tay hoặc có người hỗ trợ.
- Bệnh tim mạch nặng (tránh dao động huyết động của chạy thận).
- Tiền mạch máu khó tạo AVF.

Cần cân nhắc/không phù hợp tương đối:

- Dính phúc mạc, thoát vị lớn chưa sửa, viêm ruột hoạt động, nhiều sẹo mổ bụng, béo phì nặng, không đảm bảo vệ sinh nhà hoặc không thể học kỹ thuật (không có người hỗ trợ).

Kiểm tra nhà & gia đình:

- Chỗ thay dịch sạch, khô, kín gió; có bồn rửa tay.
- Tủ cất túi dịch tránh nắng – nhiệt cao.
- Điện ổn định nếu dùng APD.
- Một người bạn đồng hành trong giai đoạn đầu (học kỹ thuật, nhắc lịch).

3. Đặt catheter – "cửa ra vào" của hệ thống

- Catheter Tenckhoff đặt phẫu thuật nhỏ (mổ mở, nội soi, hay qua da tuỳ điều kiện).
- Vị trí lỗ ra (exit-site) hướng xuống – ngoài để ít ẩm ướt; đánh dấu khi người bệnh ngồi.
- Nghỉ 2 tuần cho vết thương lành (nếu không cấp bách), sau đó khởi PD tăng dần.
- Chăm exit-site: rửa hằng ngày với xà phòng nhẹ/NaCl 0,9%, lau khô, băng khô sạch; mupirocin tại chỗ nếu lịch sử nhiễm Staph cao.

4. Kê đơn PD – những nút chỉnh quan trọng

Thành phần dịch lọc:

- Dextrose các nồng độ: 1,5% / 2,5% / 4,25% → tăng nồng độ = tăng siêu lọc (rút nước) nhưng tăng đường – tăng cân.
- Icodextrin (cho dwell dài ban ngày/ban đêm) → siêu lọc ổn định, ít tăng glucose.
- Canxi/Kali/Bicarbonate/Lactate: chọn theo điện giải người bệnh.

Đơn CAPD thường gặp (người trưởng thành):

- 2 lít * 4 lần/ngày (sáng – trưa – chiều – tối), dwell 4–6 giờ; tùy cân nặng/ siêu lọc.

Đơn APD thường gặp:

- Ban đêm 8–10 giờ với nhiều chu kỳ 1,5–2 lít/chu kỳ; ban ngày giữ một dwell (2 lít, icodextrin nếu cần siêu lọc).

Mục tiêu hiệu quả (adequacy):

- Kt/V toàn phần ≥ 1,7 / tuần (từ PD + RRF).
- Siêu lọc ròng đủ để không phù, không khó thở, cân nặng ổn định.
- Chất lượng sống: ăn – ngủ – hoạt động tốt.

Kỹ thuật cá thể hoá theo vận chuyển màng phúc mạc (PET – Peritoneal Equilibration Test):

- High transporter: trao đổi chất nhanh → dwell ngắn hơn, cẩn thận siêu lọc (ưu tiên APD).
- Low transporter: dwell dài hơn (ưu tiên CAPD); icodextrin cho dwell dài.

5. Kỷ luật vệ sinh – "mỗi ca thay dịch là một ca phẫu thuật nhỏ"

- Rửa tay 6 bước, mang khẩu trang, chuẩn bị bề mặt sạch.
- Kiểm tra hạn dùng – độ trong túi dịch; không dùng nếu đục, rách, đổi màu.
- Kỹ thuật nối vô khuẩn (Y-set/2-bag) để xả – rửa – bơm đúng thứ tự; kẹp đúng lúc.
- Ghi sổ: giờ, loại dịch, lượng vào/ra, màu dịch xả, triệu chứng.

Dấu hiệu báo động cần gọi ngay:

- Đau bụng tăng, sốt, dịch xả đục như sữa.
- Exit-site đỏ – chảy dịch, đường hầm đau.
- Xả ra ít bất thường (nghẹt catheter), phù, tăng cân nhanh.

6. Phòng ngừa & xử trí nhiễm phúc mạc – kẻ thù số một

Phòng ngừa:

- Đào tạo chuẩn, kiểm tra tay nghề định kỳ.
- Kháng sinh tại chỗ (mupirocin/retapamulin) ở exit-site theo nguy cơ.
- Tắm gội: giữ khô lỗ ra; tránh ngâm bồn – bơi giai đoạn đầu.
- Kiểm soát đái tháo đường để giảm nhiễm trùng.

Chẩn đoán nghi nhiễm phúc mạc:

- Tam chứng: đau bụng + dịch xả đục + tăng bạch cầu trong dịch ($\geq$100 WBC/μL, đa nhân $\geq$50%).
- Cấy dịch PD (máu, hiếu khí/kỵ khí).
- Bắt đầu kháng sinh ngay trong khoang PD (intraperitoneal) theo guideline địa phương; chỉnh theo kháng sinh đồ.

Nguyên tắc điều trị ban đầu (ví dụ thực hành):

- Phủ Gram dương (vancomycin/cefazolin) + phủ Gram âm (ceftazidime/aminoglycoside) IP.

- Thời gian thường 2–3 tuần (tuỳ vi sinh).
- Nhiễm do nấm → rút catheter + chuyển tạm thời sang HD, kháng nấm đủ thời gian.

Exit-site & tunnel infection:

- Mủ, đỏ, đau tại lỗ ra/đường hầm → kháng sinh đường uống (Staph thường gặp); siêu âm đường hầm khi nghi lan rộng.
- Tái phát/không đáp ứng → cân nhắc thay catheter.

7. Quản lý dịch – điện giải – dinh dưỡng

Dịch:

- Cân mỗi sáng; tăng >2 kg/tuần → xem lại siêu lọc, muối – nước.
- Dextrose cao chỉ dùng ngắn hạn vì tăng đường – tăng mỡ; ưu tiên icodextrin cho dwell dài.

Điện giải:

- Kali: PD thường mất K^+ → theo dõi hạ K^+,

bổ sung qua ăn uống/ thuốc khi cần.

- Natri: hạn chế muối để kiểm soát khát – phù.
- Canxi – Phosphate – PTH: tương tự chạy thận – dùng phosphate binders, vitamin D hoạt tính; chọn Ca^{2+} trong dịch phù hợp.

Dinh dưỡng:

- Nạp đạm 1,0–1,2 g/kg/ngày (mất đạm qua PD), năng lượng 30–35 kcal/kg/ngày (trừ calo từ dextrose trong dịch).
- Đái tháo đường: điều chỉnh insulin (hấp thu glucose từ dịch); ưu tiên icodextrin để giảm đường vào.

8. Những biến chứng khác & cách xử trí

- Thoát vị, phù bìu, rò dịch: giảm thể tích mỗi lần, nằm nghỉ, sửa thoát vị trước khi PD tiếp tục.
- Tràn dịch màng phổi (hydrothorax) do rò qua cơ hoành: ngưng PD tạm, dẫn lưu – vá rò.

- Tắc catheter (fibrin): heparin nhỏ giọt vào khoang PD, rửa, xem vị trí catheter.
- Đau lưng – căng bụng: giảm thể tích/dwell, dùng đai bụng.
- Xơ hoá phúc mạc bọc ruột (encapsulating peritoneal sclerosis – EPS) (hiếm, lâu năm): đau bụng, bán tắc ruột → ngưng PD, dinh dưỡng, steroid/surgery theo chuyên khoa.

9. Đào tạo & theo dõi – "học rồi ôn, ôn rồi làm"

Chương trình đào tạo chuẩn:

- 4–7 ngày liên tục (tuỳ người), mỗi buổi 1–2 giờ: vệ sinh, quy trình đổi túi, ghi sổ, nhận biết biến chứng, xử trí tình huống giả lập.
- Kiểm tra tay nghề, chứng nhận trước khi cho tự làm.
- Tái huấn luyện sau 3–6 tháng hoặc sau nhiễm phúc mạc.

Theo dõi định kỳ:

- Hàng tháng: khám, xét nghiệm cơ bản, đánh

giá cân nặng – huyết áp – phù.

- Mỗi 3–6 tháng: Kt/V, PET, dinh dưỡng, xương – khoáng, Hb/EPO.

- Mọi lần có triệu chứng: gọi ngay, không tự dùng kháng sinh.

10. Những nhóm đặc biệt

- Người cao tuổi: ưu tiên CAPD đơn giản, túi nhẹ 1,5–2 lít; chú trọng nguy cơ té ngã, hỗ trợ gia đình.

- Trẻ em: liều theo cân nặng; APD ban đêm giúp đi học bình thường.

- Thai kỳ: PD có thể tiếp tục ở giai đoạn sớm; phối hợp sản – thận.

- Đái tháo đường: kiểm soát đường sát; icodextrin cho dwell dài; giáo dục chăm exit-site kỹ.

11. Khi nào chuyển phương thức?

- Nhiễm phúc mạc tái phát, siêu lọc thất bại dai dẳng, thoát vị không kiểm soát, EPS, hoặc

không đảm bảo vô khuẩn → cân nhắc chuyển HD.

- Chuẩn bị ghép thận: duy trì PD nếu kiểm soát tốt; tối ưu dinh dưỡng – nhiễm trùng trước ghép.

12. Checklist 60 giây cho bác sĩ

- Đơn CAPD/APD (thể tích, số lần, nồng độ, icodextrin?).
- Cân nặng – phù – huyết áp – lượng siêu lọc ròng.
- Exit-site: đỏ? tiết dịch? đau đường hầm?
- Dịch xả: trong hay đục? bạch cầu?
- Đường huyết (nếu ĐTĐ), K^+, Na^+, Ca/P, Hb, albumin.
- Ghi sổ PD đầy đủ? vướng mắc thao tác?
- Nhắc “5 không”: không chậm giờ, không bỏ rửa tay, không dùng dịch quá hạn, không tự đổi toa, không im lặng khi thấy đục/đau.

13. Lời kết – bài thiền đều đặn giữa đời sống mong manh

Lọc màng bụng không chỉ là kỹ thuật. Đó là một nếp sống: mở túi dịch như mở cánh cửa nhỏ cho cơ thể thở đều; rửa tay kỹ như một nghi thức tôn trọng chính mình; ghi chép con số mỗi ngày như lắng nghe cơ thể trả lời. Bác sĩ dạy – người bệnh thực hành – gia đình đồng hành: một tam giác kỷ luật – tin cậy – nhân ái.

Chương 59. Ghép thận – giấc mơ hồi sinh của những quả thận từng lặng im

1. Mở đầu – Khi sự sống đi qua một cơ thể khác

Có những ngày, trong phòng mổ ghép thận, người ta nhìn thấy điều kỳ diệu mà không cần phép màu. Một quả thận – nhỏ bé, trầm lặng, vừa được lấy ra từ cơ thể người hiến – lại bắt đầu đỏ hồng, ấm dần, và chảy những giọt nước tiểu đầu tiên trong người nhận. Khoảnh khắc ấy, cả ê-kíp đứng lặng: bởi họ biết, sự sống đã được truyền đi, không bằng lời hứa mà bằng máu và tế bào thật.

Ghép thận là đỉnh cao của y học niệu, nơi phẫu

thuật viên, bác sĩ nội thận, điều dưỡng, gây mê, miễn dịch học – và cả người bệnh – cùng viết nên một chương dài của lòng nhân. Một cuộc ghép thận không chỉ là phẫu thuật, mà là một hiệp ước sống giữa ba bên: người cho – người nhận – người thầy thuốc.

2. Ai được ghép? – chọn người có thể "sống thêm" chứ không chỉ "sống sót"

Chỉ định ghép thận:

- Bệnh thận mạn giai đoạn cuối (CKD5/ESRD) – bất kể nguyên nhân (đái tháo đường, tăng huyết áp, viêm cầu thận, bệnh thận bẩm sinh...).
- Bệnh nhân đủ sức chịu mổ, không nhiễm trùng hoạt động, không ung thư tiến triển, không bệnh tim nặng.
- Đặc biệt: người còn mong muốn sống tích cực, có hỗ trợ gia đình, hiểu rõ và tuân thủ điều trị sau ghép.

Chống chỉ định tạm thời: nhiễm trùng, viêm gan hoạt động, HIV chưa kiểm soát, lao, bệnh ác tính,

rối loạn tâm thần chưa ổn định.

Ghép thận chỉ có ý nghĩa khi người bệnh sẵn sàng sống lại, chứ không chỉ được "thay" một cơ quan.

3. Nguồn thận ghép – từ lòng nhân đến khoa học

Nguồn hiến:

- Người cho sống: ruột thịt (cha mẹ, anh chị em, con cái), vợ/chồng, hiến tình nguyện – tỷ lệ sống thận ghép cao nhất.
- Người cho chết não: mở rộng cơ hội, là nền tảng của ghép thận hiện đại.
- Người cho tim ngừng đập (DCD): xu hướng mới, đòi hỏi quy trình nghiêm ngặt về hồi sức – bảo quản – hồi tưới máu.

Nguyên tắc bất biến:

"Thận chỉ có giá trị khi được hiến bằng tự nguyện, minh bạch và đầy nhân ái."

Mỗi quả thận, trước khi rời cơ thể người hiến, đều được đánh giá chức năng, giải phẫu, mô học,

miễn dịch (HLA) – để đảm bảo không chỉ "ghép được", mà "sống được lâu".

4. Miễn dịch học – ranh giới giữa chấp nhận và đào thải

Ghép thận là một cuộc thương lượng giữa hai hệ miễn dịch. Cơ thể người nhận nhìn quả thận như "người lạ", và bác sĩ phải dạy hệ miễn dịch học cách chấp nhận.

Các yếu tố quyết định:

- HLA match: càng gần, càng ít nguy cơ đào thải.
- Crossmatch âm tính: điều kiện bắt buộc.
- Panel Reactive Antibody (PRA): phản ứng miễn dịch trước đó – càng cao, nguy cơ càng lớn.

Thuốc ức chế miễn dịch (3 trụ chính):

1. Corticoid – nền tảng, chống viêm – "cái khiên mềm".
2. Calcineurin inhibitor (Tacrolimus/

Cyclosporine): ức chế T-cell – "bức tường phòng thủ".

3. Antimetabolite (Mycophenolate/ Azathioprine): ngăn sinh sản lympho – "khóa cửa nhân bản". Có thể thêm Induction therapy (Basiliximab, ATG) khi nguy cơ cao.

Nguyên tắc:

- Dùng liều cao giai đoạn đầu, giảm dần theo thời gian.
- Cân bằng giữa đào thải và nhiễm trùng – bài toán tinh tế, nơi "ít quá thì hỏng thận, nhiều quá thì hỏng người".

5. Cuộc mổ – sự phối hợp của ba nhịp tim

Phẫu thuật ghép thận thường cấy thận mới vào hố chậu, nối động mạch – tĩnh mạch chậu và niệu quản vào bàng quang.

- Thận ghép thường không lấy bỏ thận cũ, trừ khi có nhiễm, u, hoặc tăng huyết áp khó kiểm soát.
- Mỗi mốc nối mạch là một nhịp tim nín thở:

chỉ khi kẹp được tháo ra, thận hồng lại, tiểu vàng – đó là thời khắc hồi sinh.

Phẫu thuật viên lúc ấy, dù từng làm hàng trăm ca, vẫn thường im lặng vài giây – như thể đang cúi đầu trước điều thiêng liêng.

6. Theo dõi sau ghép – giữ sự sống không bằng dao, mà bằng kỷ luật

Những tháng đầu:

- Theo dõi nước tiểu, creatinine, cân nặng, huyết áp, điện giải hằng ngày.
- Phát hiện sớm: đào thải cấp, tắc niệu quản, huyết khối mạch ghép, nhiễm trùng sớm.
- Kiểm tra nồng độ thuốc ức chế miễn dịch (Tacrolimus trough) định kỳ.

Sau 3–6 tháng:

- Giảm liều dần, duy trì ức chế nền.
- Tầm soát CMV, BK virus, ung thư da, lymphoma hậu ghép (PTLD).

- Dinh dưỡng: đủ đạm, giảm muối, tránh sống "vô trùng hóa" – vẫn phải sống thật sự, chứ không chỉ tồn tại.

7. Những biến chứng không của riêng ai

- Đào thải cấp: tăng creatinine đột ngột, ít tiểu, đau hố chậu → sinh thiết – tăng ức chế.
- Đào thải mạn: sẹo hóa tiệm tiến, "thận ghép mệt dần đi" – kiểm soát HA, đường, thuốc đều đặn.
- Nhiễm trùng cơ hội: CMV, BK, Pneumocystis, nấm – phòng hơn chống.
- Tăng HA, rối loạn lipid, đái tháo đường sau ghép (PTDM): hậu quả của steroid và calcineurin.

Mỗi biến chứng không chỉ là sự cố sinh học, mà là lời nhắc về ranh giới mong manh giữa chữa lành và quá liều can thiệp.

8. Kết quả & theo dõi dài hạn

- Tỷ lệ sống thận ghép:

- Người cho sống: >90% sau 1 năm, ~80% sau 10 năm.
- Người cho chết não: ~85% sau 1 năm, ~70% sau 10 năm.
- Tuổi thọ trung bình: người ghép thận sống lâu hơn 10–15 năm so với người lọc máu mạn.
- Theo dõi lâu dài:
- Tái khám định kỳ: mỗi tháng – rồi 3 tháng – 6 tháng/lần.
- Xét nghiệm: creatinine, siêu âm thận ghép, Tacrolimus level, công thức máu, đường – mỡ.
- Tâm lý – xã hội: hỗ trợ bệnh nhân trở lại công việc, gia đình, không sợ "thận mình khác người".

9. Lời kết – khi y học chỉ là người làm chứng cho lòng nhân

Ghép thận không chỉ là câu chuyện y học, mà là bản giao hưởng của lòng người. Người hiến – trao đi một phần cơ thể, nhưng thật ra là trao đi niềm tin rằng sự sống xứng đáng được tiếp nối. Người nhận – mang

trong mình một quả thận xa lạ, nhưng lại cảm thấy một phần nhân hậu đang chảy trong huyết quản. Và người thầy thuốc – người đứng giữa hai bên – chỉ làm chứng cho phép màu ấy xảy ra, bằng bàn tay chắc, trái tim tĩnh, và một niềm kính trọng sâu sắc với sự sống.

"Không có ca ghép nào chỉ là kỹ thuật. Mỗi cuộc ghép là một lời khẳng định: Con người vẫn có thể chia sẻ sự sống cho nhau – và y học, khi chạm đến điều đó, đã đi tới phần đẹp nhất của chính mình."

10. Kỷ niệm ngày đầu bước vào kíp ghép thận – năm 2012

Tôi vẫn nhớ rất rõ ngày ấy – năm 2012, khi lần đầu tiên được phân công tham gia kíp ghép thận của Học viện Quân y. Cảm giác vừa háo hức, vừa run rẩy, như một sinh viên mới ra trường được bước vào một thế giới khác: thế giới của sự sống được trao tay.

Hôm đó là một buổi sáng mùa thu, trời Hà Nội se lạnh, nhưng trong phòng mổ, nhiệt độ lại như ấm lên bởi không khí căng thẳng và hồi hộp. Tôi không phải là phẫu thuật viên chính – nhiệm vụ của tôi khi ấy là đảm nhiệm "rửa thận ghép" – một công đoạn

tưởng như phụ, nhưng thực ra lại là hơi thở đầu tiên của quả thận trước khi hồi sinh trong cơ thể mới.

Chiếc thận nhỏ bé, vừa được lấy ra từ cơ thể người hiến, được đặt trong chậu inox chứa dung dịch lạnh – trông bình thường đến lạ. Nhưng với tôi, đó không chỉ là một "mẫu vật sinh học" – mà là một sứ giả của sự sống, đang chờ được làm sạch, được hồi sinh. Tôi nâng thận lên bằng cả hai tay, dòng dung dịch lạnh chảy qua từng động mạch, tĩnh mạch. Tôi quan sát từng giọt dịch trong suốt cho đến khi nó trở nên tinh khôi, không còn vẩn máu. Mỗi giây trôi qua, tôi như cảm nhận được một nhịp sống đang nhen lại – không phải của tôi, mà là của người khác, nhờ bàn tay của bao con người đang âm thầm trong căn phòng ấy.

Lúc ấy, tôi chưa nghĩ được gì cao xa chỉ thấy mồ hôi ướt cả khẩu trang, và tim mình đập nhanh hơn bình thường. Khi người phẫu thuật viên chính khẽ nói:

"Rửa tốt rồi, chuẩn bị ghép nhé,"

tôi cảm giác như mình vừa hoàn thành một nghi

lễ thiêng liêng – nghi lễ giữa sự chết và sự sống, giữa y học và lòng nhân.

Những ngày sau đó, tôi theo dõi ca bệnh ấy từng giờ. Khi thận ghép bắt đầu chảy nước tiểu đầu tiên, cả kíp như nín thở rồi cùng nở nụ cười. Giọt nước tiểu vàng óng ấy, với tôi, đẹp hơn bất kỳ tấm huy chương nào. Nó là minh chứng rằng tất cả những nỗ lực – những đêm trắng, những giờ tập trung tuyệt đối – đều có ý nghĩa.

Từ đó, tôi gắn bó với mảng lọc máu và chăm sóc thận ghép, cùng các đồng nghiệp đi qua bao ca đầu tiên, lúc thành công, lúc chưa trọn vẹn, lúc phải thức suốt đêm để chống đào thải hay xử lý nhiễm trùng. Mỗi ca là một bài học, mỗi bệnh nhân là một người thầy dạy tôi khiêm nhường trước sự mong manh của sự sống.

Giờ đây, nhìn lại, đã hơn mười năm kể từ ca ghép đầu tiên tôi tham gia, tôi vẫn nhớ nguyên cảm giác buổi sáng hôm ấy: một thanh âm lặng mà thiêng, khi dòng nước chảy qua quả thận ghép lần đầu tiên trong tay tôi. Không có tiếng vỗ tay, không ánh hào quang, chỉ có nhịp máy đều đặn, hơi thở của bệnh nhân, và trong tôi một niềm biết ơn sâu

sắc vì được đứng trong hàng ngũ những người giúp sự sống tiếp tục chảy.

“Ghép thận không chỉ là kỹ thuật, mà là cách con người nói với nhau rằng sự sống có thể được trao lại, nếu ta đủ tận tâm để giữ cho nó tiếp tục.”

Phần XII. THỦ THUẬT – PHẪU THUẬT CỐT LÕI

Có người nói, "bác sĩ tiết niệu là người sống cùng dao và ống soi". Câu nói tưởng đùa mà thật. Bởi trong nghề này, bàn tay là nơi tri thức gặp thực hành, là cây cầu nối giữa chẩn đoán và kết quả thật trên cơ thể người bệnh.

Phần XII – *Thủ thuật và Phẫu thuật Cốt lõi* – là tinh hoa thực hành của niệu khoa, nơi từng thao tác nhỏ đều chứa đựng cả triết lý an toàn, chuẩn mực và nhân tâm. Đây không chỉ là những "hướng dẫn kỹ thuật", mà là câu chuyện về kỷ luật và sự tinh tế – nơi bác sĩ phải học cách vừa "đi dao" chính xác, vừa "giữ lòng" mềm mại.

Chương 60 – Nội soi bàng quang – đặt JJ – dẫn lưu thận qua da

Đây là những động tác nền tảng, như bảng chữ cái của ngoại tiết niệu. Từ việc cầm ống soi đúng tư thế, nhận biết hình ảnh niêm mạc bàng quang, cho đến đặt JJ dẫn lưu đúng vị trí, hay đặt ống thận qua da an toàn, tất cả đều là kỹ năng "nhỏ mà quyết

định” – giúp cứu thận trong nhiễm tắc, giải áp trong cơn nguy kịch, và giữ cho bệnh nhân có cơ hội hồi phục lâu dài. Một ống JJ đặt đúng chỗ đôi khi cứu cả quả thận, còn một JJ đặt sai làm khổ người bệnh nhiều tháng – đó là lý do bác sĩ tiết niệu phải rèn từng động tác như người thợ bạc tỉ mỉ.

Chương 61 – Nội soi tán sỏi (URS, mini-PCNL, ESWL): chỉ định & mẹo giảm biến chứng

Phẫu thuật sỏi là nghề của sự kiên nhẫn và chính xác. Mỗi ca sỏi là một bản đồ mới, không cái nào giống cái nào – có viên kẹt ở niệu quản, có viên trú ở đài dưới, có viên “trốn” trong bể thận phân nhánh. Chương này sẽ đi qua các lựa chọn nội soi bán cứng – mềm (URS, RIRS), tán sỏi qua da (PCNL, mini-PCNL) và tán ngoài cơ thể (ESWL), cùng những mẹo tránh biến chứng: từ tổn thương niệu quản, rò nước tiểu, đến sốt sau tán sỏi. Niệu khoa hiện đại không còn chỉ “lấy sỏi ra”, mà là tư duy hệ thống – làm sạch, bảo tồn, phòng tái phát.

Chương 62 – TURP: kỹ thuật, biến chứng, theo dõi

TURP – Transurethral Resection of the Prostate – là

bài kinh điển của ngoại niệu, nơi người bác sĩ thực hành trí tuệ trong đôi tay. Cắt "vừa đủ" để giải phóng dòng chảy, giữ "vừa phải" để tránh chảy máu và xuất tinh ngược. Chương này không chỉ nói về thao tác, mà còn về tư duy chọn mốc, xử lý biến chứng, theo dõi hậu phẫu – bởi điều quan trọng nhất sau mỗi ca TURP không phải là khối lượng cắt được, mà là người bệnh đi tiểu lại được, không nhiễm, không bí, không sợ hãi.

Chương 63 – Tạo hình niệu đạo, tái tạo bàng quang, phẫu thuật sàn chậu

Đây là phần "nghệ thuật" của nghề. Từ việc nối những đoạn niệu đạo hẹp đến việc dựng lại bàng quang bằng ruột, hay phục hồi sàn chậu cho người phụ nữ sau sinh, mỗi đường khâu đều là một lời hứa với chức năng và phẩm giá. Phẫu thuật tái tạo dạy ta sự kiên nhẫn và khiêm tốn: vì đôi khi, chỉ cần lệch một milimét, người bệnh có thể sống với hậu quả suốt đời; nhưng nếu làm đúng, họ sẽ có lại niềm vui nhỏ nhất mà lớn nhất – đi tiểu bình thường.

Chương 64 – Hồi phục chức năng & phục hồi sau mổ

Một ca mổ thành công chưa kết thúc trong phòng mổ. Hồi phục sau mổ – ăn, uống, tập vận động, rút ống, tập tiểu, kiểm soát đau, sử dụng thiết bị hỗ trợ – là phần tiếp nối không thể tách rời của phẫu thuật an toàn. Chương này là cẩm nang mềm mại, dạy bác sĩ không chỉ theo dõi kết quả, mà đồng hành với bệnh nhân qua từng giai đoạn phục hồi.

Phần XII vì thế không đơn thuần là kỹ thuật, mà là chân dung thật của người thầy thuốc tiết niệu trong phòng mổ: Một bàn tay vững vàng, một cái đầu tỉnh táo, và một trái tim còn biết rung động trước mỗi giọt nước tiểu đầu tiên sau mổ.

“Dao mổ có thể sắc, ống soi có thể sáng, nhưng chỉ có lòng nhân và sự tôn trọng sự sống mới khiến nghề này trở nên đẹp.”

Chương 60 – Nội soi bàng quang – đặt JJ – dẫn lưu thận qua da *(Những động tác nhỏ giữ lại cả sự sống lớn)*

Có người từng nói: “Ngoại niệu không bắt đầu bằng dao, mà bắt đầu bằng ống soi.” Câu nói ấy đúng đến từng chữ. Bởi nội soi bàng quang và đặt JJ là những thao tác tưởng giản đơn, nhưng thật ra chính là bảng chữ cái của nghề tiết niệu – nơi ai muốn đi xa cũng phải thuộc lòng từng nét đầu tiên.

Bác sĩ tiết niệu không chỉ soi để “nhìn”, mà soi để hiểu dòng chảy – xem nước đi ra sao, niêm mạc có nói gì không, có u, có sỏi, có viêm, hay chỉ là một vết sẹo cũ đang kể lại câu chuyện cũ. Chiếc ống soi, dưới tay người mới học, có thể là một dụng cụ lạnh lẽo; nhưng dưới tay người có nghề, nó là con mắt thứ hai của trực giác, là nơi lý trí và cảm xúc cùng hội tụ.

1. Nội soi bàng quang – bước vào “phòng khách” của hệ tiết niệu

Khi ống soi chạm đến cổ bàng quang, bác sĩ như đang bước qua ngưỡng cửa của một căn nhà nhiều bí mật. Ở đó, mỗi chi tiết đều có ngôn ngữ riêng:

- Niêm mạc hồng hào – sự bình yên.
- Phù nề, mạch máu giãn – tiếng nói của viêm.

- Cục u nhỏ ven lỗ niệu quản – lời cảnh báo sớm của ung thư.

- Lỗ niệu quản chảy yếu, không phun tia – dấu hiệu của tắc nghẽn.

Học nội soi, không chỉ là học kỹ thuật, mà là học cách đọc một câu chuyện bằng hình ảnh – câu chuyện của nước, niêm mạc, ánh sáng và thời gian.

2. Đặt JJ – cây cầu nối dòng chảy

Ống JJ, nhìn qua chỉ là một đoạn nhựa mềm cong hai đầu, nhưng trong tay bác sĩ, nó là cây cầu nối sự sống giữa thận và bàng quang. Một JJ đặt đúng chỗ, giải áp kịp thời, có thể giữ lại cả một quả thận đang giãn căng trong nhiễm trùng tắc nghẽn. Nhưng nếu vội vàng, JJ lệch vị trí hoặc cuộn sai chiều, người bệnh sẽ sống nhiều tháng với cảm giác "tiểu buốt, tiểu rắt, và tiểu không yên".

Đặt JJ vì thế là nghệ thuật của sự chính xác:

- Xác định hướng đi của dây dẫn.

- Quan sát cẩn thận độ sâu và cuộn xoắn hai đầu.

- Kiểm tra bằng X-quang hoặc siêu âm để chắc rằng đường nước thật sự thông.

Một JJ đúng vị trí là bản nhạc êm ả của dòng chảy, còn một JJ lệch lạc là bản nhạc chát chúa kéo dài hàng tháng trời.

3. Dẫn lưu thận qua da – cứu quả thận trong phút nguy cấp

Có những lúc, bệnh nhân đến trong cơn sốt cao, đau quặn, nhiễm trùng tắc nghẽn, creatinine tăng vọt, và mọi thứ chỉ còn một câu hỏi:

“Có mở được đường ra cho nước không?”

Đặt dẫn lưu thận qua da (PCN) là thủ thuật mang tính sinh tử. Chỉ một đường kim nhỏ, một ống dẫn đúng vị trí, áp lực trong thận được giải phóng, độc chất được tháo ra, người bệnh nhẹ thở, mạch dần đều lại. Công việc ấy nghe đơn giản, nhưng đòi hỏi tay vững, mắt chắc, và tim bình – bởi chỉ lệch một chút, là mạch máu, là phúc mạc, là tai biến.

Dẫn lưu không phải để khoe kỹ thuật, mà để mở lối sống cho quả thận đang bị dồn đến đường cùng. Một bác sĩ giỏi không phải là người đặt nhanh, mà

là người đặt xong, bệnh nhân ngủ lại được.

4. Những bài học nhỏ từ thao tác nhỏ

Ai từng học nội soi đều biết:

- Cầm ống soi sai tư thế, lưng bạn sẽ đau suốt tuần.
- Quên mở van rửa, hình ảnh sẽ mờ như sương.
- Quên kiểm tra dụng cụ trước khi đặt JJ, ống có thể gập, thủng, hoặc kẹt trong bàng quang.
- Và quan trọng nhất: vội là kẻ thù của tiết niệu.

Mỗi thao tác nhỏ đều là lời nhắc về sự kiên nhẫn. Trong nghề này, chậm mà đúng còn hơn nhanh mà sai. Vì sau ống soi là người thật, sau JJ là quả thận thật.

5. Lời kết – Khi bàn tay trở thành thước đo của nhân tâm

Có những ngày dài trong phòng mổ, tay đã mỏi, mắt đã khô, nhưng chỉ cần nhìn thấy tia nước tiểu

đầu tiên chảy qua JJ trong suốt, người bác sĩ lại thấy mình tỉnh dậy. Đó không phải là sự tự hào, mà là sự biết ơn – biết ơn vì mình được làm công việc có thể trả lại dòng chảy cho người khác.

Nội soi bàng quang, đặt JJ, dẫn lưu thận – nghe khô khan, nhưng ẩn sau đó là cả một triết lý:

"Làm sao để nước chảy nhẹ, người sống dễ, và mình vẫn giữ được lòng bình an."

Đó là nền tảng của nghề, là "chữ cái A" trong bảng chữ cái của ngoại niệu – nhỏ, giản dị, nhưng là bước đầu tiên của mọi sự cứu rỗi.

Chương 61. Nội soi tán sỏi (URS, RIRS, mini-PCNL, ESWL): chỉ định & mẹo giảm biến chứng

("Nghề của bản đồ" – chọn đúng đường, đi đúng ngõ, về an toàn)

1. Tư duy tổng thể trước khi chọn kỹ thuật

Mỗi ca sỏi là một bản đồ riêng. Đừng vội quyết định chỉ vì "quen tay". Hãy trả lời 6 câu hỏi ngắn:

1. Vị trí: thận (đài trên/giữa/dưới, san hô), bể thận, niệu quản trên/giữa/dưới.
2. Kích thước & mật độ: đường kính lớn nhất (mm), HU trên CT (càng cao càng cứng).
3. Giải phẫu: cổ đài hẹp, góc đài dưới, thận móng ngựa, béo phì, thận lạc chỗ.
4. Nhiễm trùng: sốt? bạch cầu/nitrit? tắc + nhiễm cần GIẢI ÁP trước (JJ/PCN).
5. Chức năng thận: một thận độc nhất? creatinin tăng?
6. Bệnh nền & kỳ vọng: kháng đông? nghề phải đi sớm? muốn ít đau, ra viện nhanh?

Quy tắc vàng: An toàn – sạch sỏi – bảo tồn; đừng đổi ngược thứ tự.

2. Chọn phương pháp: "đặt đúng chìa vào đúng ổ"

2.1. ESWL – Tán sỏi ngoài cơ thể

Hợp: sỏi thận ≤10–15 mm, HU <900–1000, không tắc, không nhiễm; sỏi niệu quản trên ≤10 mm. Ít hợp: đài dưới cổ hẹp/góc nhọn, béo phì, thai cuối kỳ, rối loạn đông máu nặng. Ưu: không xâm lấn, về sớm. Nhược: cần nhiều lần, nguy cơ steinstrasse (kẹt mảnh vụn), hiệu quả kém nếu HU cao.

2.2. URS bán cứng (niệu quản dưới/giữa) & RIRS (ống soi mềm vào thận)

Hợp: sỏi niệu quản đoạn dưới–giữa (URS), sỏi thận ≤20 mm (RIRS), người cần ra viện nhanh. Ưu: tiếp cận trực tiếp, tỷ lệ sạch sỏi cao, kiểm soát chảy máu tốt. Nhược: nguy cơ tổn thương niệu quản, sốt sau tán; cần ống soi mềm chất lượng và UAS.

2.3. PCNL / mini-PCNL (truyền thống 24–30 Fr; mini 14–20 Fr)

Hợp: sỏi >20 mm, san hô, HU cao, đa ổ; ESWL/ URS thất bại; cần “một lần sạch”. Ưu: stone-free cao, xử lý sỏi lớn. Nhược: chảy máu, tràn dịch, cần gây mê, nằm viện lâu hơn; mini-PCNL giảm chảy máu/ đau nhưng thời gian tán lâu hơn.

2.4. Một vài "đường vòng" thông minh

- Sỏi niệu quản trên 10–20 mm: URS mềm (RIRS) hoặc ESWL; HU cao → RIRS ưu tiên.
- Sỏi đài dưới 10–20 mm: cổ đài hẹp/góc xấu → RIRS tốt hơn ESWL.
- Thận độc nhất / nghề cần làm sớm: RIRS/ URS để chủ động sạch nhanh.
- Tắc + sốt: GIẢI ÁP JJ/PCN ngay, kháng sinh, tán sau.

3. Chuẩn bị trước thủ thuật: nơi "giảm biến chứng" bắt đầu

- CT-KUB (không cản quang) để đo HU, bản đồ đường đi, loại trừ hẹp.
- Cấy nước tiểu: dương tính → điều trị đủ ngày, âm tính rồi mới tán.
- Kháng sinh dự phòng: theo khuyến cáo địa phương; đừng bỏ qua ở URS/PCNL.
- Ngừng/điều chỉnh kháng đông theo phác đồ gây mê – không chủ quan.

- Tư vấn kỳ vọng: có thể đặt JJ sau mổ → tiểu rắt/đau quặn, thường tự hết.

4. Mẹo trong URS/RIRS: "đi êm – tán nhẹ – ra gọn"

1. Dây dẫn đầu (safety guidewire): luôn luôn đặt – "phao cứu sinh" khi biến cố.

2. Ureteral Access Sheath (UAS) cho RIRS: giảm áp lực bể thận, ra mảnh nhanh, giảm sốt sau mổ.

3. Irrigation áp lực thấp + bơm nhu động: hạn chế trào ngược vi khuẩn, tránh phù niêm mạc.

4. Dusting vs Basketing:

   Dusting (Holmium/TFL): nghiền mịn, ít lấy mảnh, giảm tổn thương; hợp sỏi vừa–lớn.

   Basketing: lấy mảnh chọn lọc khi đài hẹp, sỏi ít, muốn "sạch ngay".

5. Laser setting thông dụng:

   Holmium: 0,3–0,6 J × 20–40 Hz (dusting); 0,8–1,2 J × 8–15 Hz (fragment).

TFL: năng lượng thấp – tần số cao cho bụi mịn rất hiệu quả.

6. Tránh "đá" sỏi chạy lên: tiếp cận từ trên-xuống khi có thể, hoặc dùng anti-retropulsion.

7. Đặt JJ sau URS/RIRS khi: thao tác dài, phù niêm, lấy nhiều mảnh, nguy cơ sốt/đau, thận độc nhất.

5. Mẹo trong PCNL/mini-PCNL: "đường chọc quyết định 80% cuộc chơi"

1. Chọc vào đài sau – theo đài chứa sỏi (fluoro/siêu âm/hỗn hợp): đường thẳng vào bể thận sẽ tán/lấy mảnh dễ, giảm chảy máu.

2. Một đường – nhiều đài: nếu san hô phức tạp, cân nhắc đa đường có kế hoạch, hoặc kết hợp RIRS gỡ phần còn lại.

3. Áp lực tưới thấp, hút chủ động (vacuum/clear-pet) giúp giảm nhiễm khuẩn huyết, lấy mảnh nhanh.

4. Mini-PCNL: vỏ đường hầm nhỏ → ít đau/ít chảy máu, hợp sỏi 15–25 mm; chấp nhận thời

gian tán lâu hơn.

5. Cầm máu: hạn chế xoay vỏ quá mạnh, không "đục" thành đài, ép gạc – tamponade khi rút vỏ.

6. Nephrostomy vs tubeless: nếu sạch, chảy máu tối thiểu, niệu quản thông → tubeless (đỡ đau); còn lại đặt tube ngắn.

6. Xử trí & phòng biến chứng thường gặp

6.1. Sốt/ức chế huyết động sau tán (đặc biệt RIRS/PCNL)

- Phòng: cấy âm tính trước mổ, kháng sinh dự phòng, áp lực tưới thấp, dùng UAS.
- Xử trí: ngừng tán, mở JJ/PCN giải áp, kháng sinh TM phổ rộng, hồi sức.

6.2. Tổn thương niệu quản (rách/đứt/nhuộm)

- Phòng: giãn trước bằng JJ khi ống soi khó qua, thao tác nhẹ tay, tránh "ép" UAS.
- Xử trí: đặt JJ 4–6 tuần, theo dõi; rách rộng/ hẹp muộn → tạo hình.

6.3. Steinstrasse sau ESWL

- Phòng: chọn kích thước xung hợp lý, đặt JJ với sỏi to/chuỗi mảnh dự báo.
- Xử trí: α-blocker, uống nước, giảm đau; bí/đau/sốt → URS lấy mảnh + JJ.

6.4. Chảy máu PCNL

- Phòng: đường chọc đúng đài, hạn chế đổi hướng bạo lực, mini-PCNL khi phù hợp.
- Xử trí: ép gạc đường hầm, truyền dịch/máu; kéo dài → nút mạch chọn lọc.

6.5. Rò nước tiểu kéo dài

- Kiểm tra thông thoát niệu quản (JJ), hút tốt đường hầm; đa phần tự hết vài ngày.

6.6. Mảnh sót (residual fragments)

- Phòng: nguyên tắc “no dust left”; kiểm tra bằng fluoro/siêu âm/endo-view cuối thủ thuật.
- Theo dõi: mảnh <3–4 mm + không triệu chứng → quan sát/đào thải hỗ trợ; có triệu

chứng → RIRS/ESWL bổ sung.

6.7. Sỏi tái phát

- Đừng dừng ở tán sỏi. Làm đánh giá chuyển hóa: nước tiểu 24h (Ca, oxalat, citrate, uric), chế độ ăn, nước uống; phòng ngừa tái phát là kết thúc đúng của một ca sỏi.

7. Chăm sóc sau mổ: "ra về êm, quay lại ít"

- Đau & kích thích do JJ: nhiều nước, α-blocker, NSAID ngắn ngày; dặn đau quặn nhẹ/ tiểu rát là thường gặp.
- Lịch rút JJ: thường 1–2 tuần URS/RIRS; 2–4 tuần sau PCNL/ESWL có phù nề.
- Hẹn mốc:
- 2–4 tuần: siêu âm/CT-KUB đánh giá mảnh sót.
- 6–12 tuần: tư vấn phòng tái phát (uống nước ≥2–2,5 L/ngày, ăn bớt muối, hạn chế oxalat nếu cần, citrate).
- Cờ đỏ cần quay lại ngay: sốt rét run, bí tiểu,

đau quặn tăng dần, đái máu cục kéo dài.

8. Checklist 60 giây trước khi "bấm pedal"

- CT-KUB: vị trí/kích thước/HU? có hẹp – dị dạng?
- Cấy nước tiểu âm tính & kháng sinh dự phòng đã dùng?
- Dây an toàn sẵn, UAS phù hợp, laser thiết lập chế độ?
- Kế hoạch đường rút mảnh, đặt JJ hay không?
- Phương án B: nếu thất bại, đổi kỹ thuật hay đặt JJ/PCN?

9. Kết – từ "lấy sỏi" đến "chăm dòng chảy"

Phẫu thuật sỏi không còn là cuộc săn tìm một viên đá. Đó là nghệ thuật quản lý dòng chảy: chọn phương pháp đúng ca, thao tác êm tay, giảm áp lực – giảm nhiễm, đảm bảo thông thoát, và đừng quên phòng tái phát. Khi người bệnh quay lại và nói: "Bác sĩ ơi, em đi làm lại bình thường rồi," thì ấy là lúc ta biết mình đã đi đúng đường trên bản đồ riêng của họ – nhẹ nhàng,

chính xác, và an toàn.

Chương 62. TURP – Cắt nội soi tuyến tiền liệt: kỹ thuật, biến chứng, theo dõi

1. Mở đầu – "bản kinh điển" của ngoại niệu

TURP – *Transurethral Resection of the Prostate* – là bài học không bao giờ cũ trong nghề tiết niệu. Nếu phẫu thuật sỏi là bài tập của kiên nhẫn, thì TURP là thước đo của độ chín nghề nghiệp – nơi người bác sĩ phải dùng trí tuệ trong đôi tay, và sự tiết chế trong từng động tác.

Một ca TURP thành công không được tính bằng "bao nhiêu gram được cắt ra", mà bằng mức độ nhẹ nhõm của người bệnh khi đi tiểu lại được, không nhiễm, không bí, không sợ hãi.

2. Chỉ định – chọn đúng bệnh nhân là nửa cuộc mổ

- LUTS trung bình – nặng do phì đại tuyến tiền liệt lành tính (BPH), không đáp ứng thuốc.
- Bí tiểu tái phát hoặc bí tiểu cấp sau rút sonde thất bại.

- Nhiễm trùng niệu tái diễn, sỏi bàng quang, tiểu máu tái phát do BPH.
- Ứ nước thận hai bên / suy thận do tắc.
- Chống chỉ định tương đối: rối loạn đông máu, nhiễm trùng niệu chưa kiểm soát, bệnh tim mạch nặng chưa ổn định.

TURP không chỉ định cho những người "tuyến to mà tiểu bình thường" – vì kích thước không quyết định can thiệp, triệu chứng mới là lý do.

3. Nguyên lý – "cắt vừa đủ để nước chảy êm"

Mục tiêu của TURP là giải phóng dòng tiểu bằng cách mở rỗng kênh niệu đạo tuyến tiền liệt, nhưng vẫn giữ cơ thắt trong và cổ bàng quang, tránh "cắt quá tay".

Công cụ:

- Máy soi đơn cực (dung dịch tưới không điện giải – Glycine, Mannitol).
- Máy soi lưỡng cực (NaCl 0,9% – an toàn hơn, giảm hội chứng TUR).

- Lưỡi cắt, vòng đông, và con mắt của người phẫu thuật viên.

Nguyên tắc:

"Từ cổ bàng quang ra ngoài – từ trên xuống dưới – từ giữa ra hai bên." Cắt theo hình quạt, tạo lòng rỗng đồng tâm, vừa mở, vừa bảo tồn.

4. Các bước mổ cơ bản

1. Đặt nội soi: xác định cổ bàng quang, ụ núi, hai lỗ niệu quản, trục niệu đạo.

2. Khảo sát toàn bộ tuyến: nhìn u lồi, thuỳ giữa, ranh giới niêm mạc.

3. Cắt:

- Bắt đầu từ thuỳ giữa, rồi sang hai bên.
- Luôn giữ mốc ụ núi, tránh "đi quá giới hạn".
- Khi thấy mạch xoắn nổi, giảm điện, đông cầm máu.

1. Rửa sạch mảnh vụn, kiểm tra chảy máu, kiểm tra lòng thông.

2. Đặt sonde 3 chạc, rửa liên tục 12–24 giờ đầu.

5. Những điểm mấu chốt "giữ nghề"

- Không mổ khi hình ảnh mờ → dừng, chỉnh lại dòng tưới.
- Không cắt quá gần cổ bàng quang → tránh xuất tinh ngược.
- Không mải cắt ở vị trí 5–7 giờ → dễ thủng bao tuyến.
- Luôn tôn trọng tụt mốc ụ núi – đó là "phao sinh tồn" của cơ thắt ngoài.
- Cắt ít – kiểm soát nhiều: thấy rõ rồi mới đi tiếp.
- Khi chảy máu nhiều: dừng tay, đông điểm chảy, không cố "cắt cho xong."

Trong TURP, "biết dừng đúng lúc" còn quan trọng hơn "biết đi tiếp".

6. Hội chứng TUR (TUR Syndrome) – khi nước đi lạc đường

Xảy ra khi dung dịch tưới vào mạch máu → hạ natri, phù não, co giật. Biểu hiện: mạch chậm, HA tăng, lú lẫn, nôn, tím. Phòng:

- Giảm thời gian mổ <60 phút.
- Hệ thống tưới thấp (≤ 60 cmH_2O).
- Dùng NaCl 0,9% (hệ lưỡng cực) nếu có thể.

Xử trí:

- Ngừng mổ, truyền NaCl 3%, lợi tiểu, điều chỉnh điện giải.

7. Các biến chứng khác và xử trí

Biến chứng	Nguyên nhân	Phòng & xử trí
Chảy máu	Cắt sâu, không đông kỹ	Đông lại, rửa áp lực, truyền máu nếu cần
Thủng bao tuyến	Lạc hướng vòng cắt	Ngừng mổ, hút dịch, dẫn lưu bàng quang
Bí tiểu sau mổ	Phù nề cổ, bàng quang yếu	Giữ sonde lâu hơn, tập tiểu lại
Nhiễm trùng	Rửa không đủ, sonde lâu	Kháng sinh dự phòng, rút sonde

		sớm
Xuất tinh ngược	Cắt sát cổ BQ	Tư vấn trước mổ, không có điều trị đặc hiệu
Hẹp niệu đạo	Sang chấn, ống soi lớn	Bồi trơn đủ, nong sớm khi phát hiện

8. Theo dõi sau mổ – nơi bệnh nhân "được sống lại"

- Rửa bàng quang liên tục: đến khi nước trong.
- Rút sonde: sau 2–3 ngày, khi nước trong và không rỉ máu.
- Tập tiểu lại: hướng dẫn bệnh nhân đi tiểu chậm, thư giãn – tránh rặn.
- Kháng sinh ngắn ngày, uống đủ nước.
- Tái khám 4–6 tuần: kiểm tra dòng tiểu (uroflow), PVR, IPSS.
- Nhắc bệnh nhân: tiểu máu nhẹ, rắt buốt là bình thường vài tuần đầu.

9. Biến chứng muộn – đừng quên nhắc trước

- Hẹp niệu đạo, cổ bàng quang: nong hoặc mổ lại.
- Xuất tinh ngược: thường vĩnh viễn, nhưng không ảnh hưởng cực khoái.
- Rối loạn cương: hiếm (1–5%), đa phần tâm lý.
- Tái phát BPH: 5–10% sau 10 năm – "không phải lỗi của mổ, mà là của sinh học."

10. Lời kết – nghề của sự vừa đủ

TURP dạy bác sĩ niệu học một triết lý giản dị:

"Trong phẫu thuật, điều quý không phải là cắt được bao nhiêu, mà là giữ lại được bao nhiêu – chức năng, an toàn, và niềm tin."

Người thầy thuốc giỏi không chỉ cắt giỏi, mà biết lúc nào nên dừng, lúc nào nên kiên nhẫn. Và khoảnh khắc đẹp nhất không phải là khi khối tuyến rơi xuống khay, mà là khi bệnh nhân mỉm cười nói: "Bác sĩ ơi, em đi tiểu lại bình thường rồi."

Đó chính là phần thưởng lớn nhất của một ca TURP – và cũng là phần tinh túy nhất của nghề.

Chương 63. Tạo hình niệu đạo – tái tạo bàng quang – phẫu thuật sàn chậu

1. Mở đầu – phần "nghệ thuật" của nghề

Trong niệu khoa, có những cuộc mổ không ồn ào mà đòi hỏi độ chính xác đến milimét. Nối một đoạn niệu đạo hẹp, dựng lại bàng quang bằng ruột, hay phục hồi sàn chậu sau sinh – tất cả đều chung một mục tiêu: trả lại quyền tự chủ. Ở đây, dao kéo chỉ là công cụ; kiên nhẫn và khiêm tốn mới là linh hồn của ca mổ.

A. Tạo hình niệu đạo (Urethroplasty)

2. Chỉ định – phân loại "đúng cửa, đúng đường"

- Hẹp niệu đạo nam: sau đặt thông, chấn thương tầng sinh môn, viêm xơ hoá (lichen sclerosus), biến chứng nội soi nhiều lần.
- Vị trí: đoạn sau (màng), đoạn trước (hành –

xốp).

- Chiều dài: ngắn (<2 cm) vs dài (≥ 2 cm).
- Mức độ tái phát sau nong/rạch nội soi (DVIU).

Quy tắc: Hẹp ngắn, xơ ít → nối tận–tận. Hẹp dài/xơ nhiều → ghép niêm mạc miệng (BMG). Tránh "nhiều lần nong/rạch" làm xấu nền mô, đừng đốt cháy cầu dành cho phẫu thuật chuẩn.

3. Lập kế hoạch – hình ảnh và mốc

- Niệu đạo đồ ngược – xuôi (RUG + VCUG) để đo chiều dài, vị trí, rò kèm.
- Nội soi 2 đầu khi cần.
- Đánh giá cương – xuất tinh – tiểu tiện, bệnh nền (đái tháo đường, hút thuốc).
- Chuẩn bị BMG: kiểm tra tình trạng miệng, răng; sát khuẩn kỹ; dự kiến kích thước mảnh ghép.

4. Kỹ thuật cốt lõi

- Nối tận–tận (Excision & Primary Anastomosis – EPA)

Cho hẹp ngắn đoạn hành/màng, mô xơ khu trú.

Cắt bỏ mô xơ, giải phóng đủ để nối không căng; khâu lớp niêm – lớp vỏ.

Lưu ý bảo tồn mạch máu thể hang, tránh rút ngắn quá mức (nguy cơ cong/ đau khi cương).

- Ghép niêm mạc miệng (BMG onlay)

Dorsal onlay (Barbagli) hoặc ventral/lateral onlay tùy vị trí – mạch máu.

Thu hoạch BMG: thấm adrenalin loãng, cắt mỏng đều, đảo biểu mô ra lòng niệu đạo.

Khâu không xoắn – không gấp, cố định trên nền thể hang/corpora giàu mạch.

- Tạo hình đoạn sau sau chấn thương

Giải phóng tuyến tiền liệt–niệu đạo, nối tận–tận theo trục, có thể kết hợp hạ tuyến tiền liệt khi thiếu chiều dài.

Bảo tồn cơ thắt ngoài tối đa để giảm són.

Mẹo milimét:

- Khâu mối nhỏ, đều tay, tránh “đạp ngựa” mạch.
- Ống thông cỡ vừa (14–16 Fr), chỉ dẫn lưu, không “lấy ống làm khuôn”.
- Hạn chế đốt điện quá tay → hoại tử mép khâu.

5. Chăm sóc sau mổ & biến chứng

- Ống thông giữ 2–3 tuần; VCUG trước rút để loại trừ rò.
- Đau miệng sau lấy BMG: chườm lạnh, giảm đau, vệ sinh miệng muối sinh lý.
- Tái phát hẹp: sớm (do rò/di lệch) hay muộn (sẹo hóa).

Xử trí: nong có chọn lọc với hẹp rìa nối nhỏ, tái phẫu thuật khi tái phát đáng kể.

- Rối loạn cương/són: hiếm nếu bảo tồn cấu

trúc đúng; tư vấn trước mổ là chìa khóa.

B. Tái tạo bàng quang (Augmentation – Orthotopic Neobladder)

6. Khi nào cần "dựng lại hồ chứa"?

- Bàng quang co thắt/giảm dung tích kháng trị (lao cũ, xạ trị, viêm bàng quang kẽ nặng, bàng quang thần kinh áp lực cao đe dọa thận).
- Sau cắt bàng quang do ung thư: tạo bàng quang mới nối niệu đạo (orthotopic neobladder) ở bệnh nhân phù hợp.

7. Nguyên tắc sinh học

- Ruột non/già cung cấp màng nhầy – cơ có tính đàn hồi.
- Khử ống (detubularize) và tái cấu trúc hình túi để giảm co bóp, tăng dung tích.
- Đặt mục tiêu áp lực chứa thấp – bảo vệ thận là số 1.

8. Kỹ thuật tóm lược

- Augmentation cystoplasty: mở bàng quang hình chữ U, khâu miếng ruột 15–20 cm (hồi tràng/đại tràng sigma) đã detubularize thành túi vá.

- Orthotopic neobladder (Studer, Hautmann…):

- Lấy hồi tràng 45–60 cm, tạo túi chữ W/Y, nối niệu đạo bảo tồn cơ thắt ngoài.

- Nối niệu quản – ruột theo nguyên tắc chống trào ngược có/không tuỳ trường phái.

Chìa khóa an toàn:

- Đảm bảo nguồn máu mảnh ruột, không xoắn cuống.

- Miệng nối niệu quản rộng, không căng; đặt stent tạm.

- Dẫn lưu đầy đủ; hạn chế rò bằng khâu 2 lớp kín.

9. Hậu phẫu & sống cùng "bàng quang mới"

- Tập lưu – xả theo giờ; ban đầu đi tiểu theo

đồng hồ, dần hình thành cảm giác mới.

- Bổ sung bicarbonate khi cần (hấp thu Cl^-/ NH_4^+ gây toan chuyển hóa).
- CIC (thông ngắt quãng sạch) nếu tống xuất yếu; dạy kỹ thuật sớm.
- Theo dõi chuyển hoá – điện giải, B12 (nếu dùng hồi tràng dài), CT/siêu âm.
- Biến chứng: rò, nhiễm, sỏi túi, tắc ruột sớm, toan hoá máu mạn – quản lý theo phác đồ.

Tái tạo bàng quang là lời hứa dài hạn: không chỉ mổ đẹp hôm nay, mà sống được – an toàn – tự chủ nhiều năm sau.

C. Phẫu thuật sàn chậu

10. Chỉ định – đặt chức năng lên trước thẩm mỹ

- Sa sàn chậu (thành trước/sau, tử cung/ đỉnh), són gắng sức, rối loạn tống xuất.
- Mục tiêu: hết khó chịu – giảm rò – không bí, phù hợp tuổi – mong đợi – hoạt động.

11. Vũ khí điều trị

- Bảo tồn:

Phục hồi sàn chậu hướng dẫn chuẩn, giảm cân – trị táo bón – ho mạn.

Pessary đúng cỡ, estrogen âm đạo ở mãn kinh.

- Can thiệp:

Mid-urethral sling (TVT/TOT) cho SUI đã thất bại bảo tồn.

Sửa sa: trước (cystocele) – sau (rectocele) – đỉnh bằng mô tự thân hoặc lưới chọn lọc theo khuyến cáo, cân nhắc nguy cơ xói lưới.

Colpocleisis ở bệnh nhân lớn tuổi, không còn nhu cầu sinh hoạt âm đạo.

Nguyên tắc vi mô:

- Giải phẫu đúng khoang (paravaginal, rectovaginal), khâu neo mô chắc.
- Tránh căng quá gây đau/bí; ưu tiên đủ – đúng lớp – không căng.

- Tôn trọng dây thần kinh – mạch vùng chậu; cầm máu mềm.

12. Hậu phẫu & theo dõi

- Đi tiểu thử trước về; nếu bí, hướng dẫn CIC tạm.
- Tránh nâng nặng 6–8 tuần; tái khám đánh giá rò, đau, chức năng tình dục.
- Nhắc PFMT duy trì – phẫu thuật sửa cơ học, thói quen mới giữ kết quả.

D. Checklist 60 giây của phẫu thuật tái tạo

1. Chẩn đoán hình ảnh & nội soi hoàn tất? Bản đồ hẹp/sa rõ?
2. Kế hoạch A/B (nối tận–tận vs BMG; augmentation vs CIC)?
3. Dự trù mảnh ghép (BMG) – dụng cụ tinh tế – chỉ khâu nhỏ?
4. Chuẩn bị người bệnh: cai thuốc lá, đường huyết, dinh dưỡng, tư vấn kỳ vọng.

5. Theo dõi sau mổ: lịch VCUG, rút thông, tái khám chức năng, “cờ đỏ” cần quay lại (sốt, đau tăng, bí, rò).

13. Lời kết – milimét của dao, kilômét của đời sống

Phẫu thuật tái tạo là nơi nghệ thuật gặp kỷ luật. Sai một milimét, người bệnh trả giá bằng năm tháng bất tiện; đúng một milimét, họ lấy lại niềm vui nhỏ mà lớn: đi tiểu bình thường, ngủ yên, dám đi xa, dám cười to. Và đó là lý do mỗi đường khâu đều được đặt xuống bằng sự khiêm tốn: không để khoe tay nghề, mà để giữ phẩm giá – thứ tài sản quý nhất mà y học có thể trả lại cho con người.

Chương 64. Hồi phục chức năng & phục hồi sau mổ

1. Mở đầu “đích đến” không phải là hết mổ, mà là sống dễ hơn

Dao mổ dừng lại khi ca mổ xong; nhưng nghề thầy thuốc chỉ thật sự trọn khi bệnh nhân trở về đời sống thường nhật: ăn được, ngủ được, đi tiểu êm, đi

lại không sợ. Chương này là cẩm nang mềm: đi từ ngày 0 trong phòng hồi tỉnh đến những tuần sau xuất viện, để bác sĩ đồng hành và người bệnh chủ động.

2. Nguyên tắc ERAS trong ngoại niệu – 6 chữ: "sớm – nhẹ – an toàn – cá thể"

- Ăn sớm – uống sớm (khi không chống chỉ định): ruột "dậy" nhanh, ít buồn nôn.
- Vận động sớm: ngồi dậy trong 6–8 giờ, đi vài bước trong 24 giờ → giảm huyết khối tĩnh mạch, xẹp phổi.
- Giảm ống – rút sớm khi đủ điều kiện: sonde tiểu, dẫn lưu, JJ/nephrostomy theo kế hoạch.
- Giảm opioid – kiểm soát đau đa mô thức: paracetamol/NSAID + phong bế vùng → ít buồn nôn, hồi phục tỉnh táo.
- Giữ ấm – giữ dịch cân bằng: hạn chế truyền dịch quá tay → bàng quang không phù nề vô cớ.
- Cá thể hóa: người lớn tuổi, đái tháo đường, bệnh tim phổi cần nhịp riêng.

3. Lộ trình phục hồi theo mốc thời gian

Ngày 0 (hậu mê – hồi tỉnh)

- Thở – tuần hoàn – đau: SpO_2, HA, mạch ổn; đánh giá đau theo thang điểm, bắt đầu giảm đau nền.
- Buồn nôn – nôn: dự phòng sớm; nếu có, chia nhỏ nước uống.
- Ống – thiết bị: xác nhận ống tiểu, dẫn lưu bàng quang/thận, băng ép, vớ áp lực.
- Vận động: xoay trở tại giường, ngồi dậy nếu cho phép.

24–48 giờ

- Uống nước trong – ăn lỏng → thức ăn mềm; theo dõi trung tiện sau mổ bụng.
- Đi lại có người dìu, tập thở, ho chủ động; phòng huyết khối (LMWH khi chỉ định).
- Đánh giá ống dẫn: nước rửa trong dần, lượng dẫn lưu giảm.

- Giáo dục sớm: cách nâng – trở mình – khung tập.

48–72 giờ

- Tăng khẩu phần nếu dung nạp tốt; thêm đạm mềm (trứng, sữa, cháo thịt xay).

- Kế hoạch rút ống:

Sonde bàng quang: sau TURP 48–72h khi nước trong; sau tạo hình cần lâu hơn và test rò.

Dẫn lưu bàng quang/ổ mổ: rút khi $<$50–100 ml/24h, dịch trong.

Dẫn lưu thận (PCN): giữ đến khi đường xuống thông (JJ đặt ổn), chụp kiểm tra trước rút.

- Đánh giá xuất viện: ăn – đi lại độc lập, đau kiểm soát bằng thuốc uống, kế hoạch theo dõi rõ.

Tuần 1–2 sau xuất viện

- Vận động nhẹ nhàng hằng ngày: đi bộ 15–30 phút, tăng dần.

- Nước – muối: uống 2–2,5 lít/ngày (trừ khi bác sĩ dặn hạn chế), ăn nhạt vừa.
- Tập bàng quang (khi không còn ống): đi tiểu theo giờ, không rặn; ghi nhật ký đi tiểu 3 ngày.
- Kegel (khi chỉ định): 10 lần/lần, 3–4 lần/ ngày, kỹ thuật đúng (siết – giữ 5 giây – thả 5 giây).
- Chăm vết mổ: khô – sạch; không ngâm nước; theo dõi đỏ – mủ – sốt.
- Tái khám: theo lịch 7–14 ngày (thay băng, rút chỉ, đọc giải phẫu bệnh nếu có).

Tuần 3–6

- Tập sức bền: đi bộ 30–45 phút/ngày; tránh nâng >5–7 kg.
- Tái khám theo mốc thủ thuật:

TURP: đánh giá dòng tiểu (uroflow), PVR; giải thích đái máu lấm tấm có thể tái xuất hiện tuần 2–3 do "rụng mài".

Tán sỏi – đặt JJ: hẹn rút stent 1–4 tuần; nếu kích

thích do stent, dùng α-blocker + uống nhiều nước.

Tạo hình niệu đạo: VCUG trước rút ống; theo dõi tiểu khó – tia yếu.

Tái tạo bàng quang: huấn luyện đi tiểu theo giờ, cân bằng nước – điện giải; hướng dẫn CIC nếu tống xuất yếu.

4. Kiểm soát đau – "đủ để thở sâu, đứng dậy, và ngủ được"

- Nền: paracetamol đều đặn; thêm NSAID nếu không chống chỉ định (giảm viêm – phù).
- Bổ sung: pregabalin/gabapentin cho đau thần kinh; opioid ngắn ngày khi thật cần.
- Phong bế vùng (TAP block, erector spinae) trong mổ → ít opioid.
- Mục tiêu: VAS ≤ 3 khi nghỉ, ≤ 5 khi vận động.

5. Ăn – uống – ruột

- Ngày 0–1: nước trong → lỏng → mềm.

- Đạm: 1,2–1,5 g/kg/ngày nếu không chống chỉ định (liền thương).
- Chống táo bón: nhiều nước, chất xơ hòa tan, nhuận tràng nhẹ (PEG, lactulose) khi dùng opioid.
- Tiểu đêm: hạn chế uống sau 19h, nâng chân 1–2 giờ trước ngủ ở người phù.

6. Quản lý các ống, thiết bị hỗ trợ

- Sonde tiểu: giữ sạch – khô – thấp hơn bàng quang, không gập; xả túi mỗi 4–6 giờ; rửa tay trước/after.
- Dẫn lưu (Penrose/JP): ghi lượng – màu; báo ngay khi đỏ tươi – tăng đột ngột.
- Nephrostomy: giữ cố định, thay túi sạch; nếu đau hông – sốt – không chảy → nghi tắc/ nhiễm.
- Vớ áp lực/đai bụng: dùng đúng cỡ, tháo mỗi ngày để kiểm tra da.

7. Tập bàng quang & sàn chậu – "kỷ luật nhỏ mỗi ngày"

- Sau cắt u, TURP, lấy sỏi bàng quang: tránh rặn; ngồi thư giãn, thở sâu, đi tiểu thành đợt ngắn.

- Sau tạo hình – tái tạo: theo phác đồ riêng (đi tiểu theo giờ, tăng dần dung tích mục tiêu).

- Kegel đúng: chỉ siết cơ quanh hậu môn – niệu đạo (không gồng bụng – mông – đùi).

- Biofeedback/điện kích: khi PFMT đơn thuần chưa hiệu quả.

8. Thuốc tại nhà – "ít mà trúng"

- Kháng sinh: theo đơn, đủ ngày (không tự gia hạn).

- Kháng đông/kháng kết tập: khởi lại theo chỉ định phẫu thuật – gây mê.

- Giảm đau: lịch dùng – "cờ đỏ" của quá liều (buồn ngủ, bí tiểu, táo bón nặng).

- Thuốc niệu: α-blocker (khi có JJ/bí sau mổ), antimuscarinic/β3 (kích thích bàng quang,

đo PVR trước

).

- Bicarbonate/kiềm: ở bệnh nhân tái tạo bàng quang bằng ruột khi có toan chuyển hóa.

9. Cờ đỏ cần liên hệ ngay

- Sốt ≥38°C, rét run, đau tăng dần, tiểu buốt – mủ – mùi hôi.
- Đái máu cục kèm bí tiểu, đau bàng quang căng.
- Không đi tiểu >6–8 giờ sau rút sonde + căng tức.
- Đầu ống thận/bàng quang tuột, dẫn lưu không chảy mà đau – sốt.
- Khó thở, sưng chân một bên (nghi huyết khối), đau ngực.

10. Sống lại đời thường – câu hỏi bệnh nhân hay băn khoăn

- Khi nào lái xe/đi làm?: tiểu phẫu 3–7 ngày;

mổ lớn 2–4 tuần (tùy việc).

- Quan hệ tình dục?: thường sau 3–4 tuần, khi hết đau – không nhiễm; sau TURP, xuất tinh ngược có thể xảy ra – không nguy hiểm sức khỏe.

- Thể thao?: đi bộ sớm; tránh nâng nặng 6–8 tuần; bơi khi vết mổ kín hoàn toàn.

- Chế độ uống: 2–2,5 lít/ngày (cá thể hoá suy tim/thận); giảm muối; hạn chế rượu – cà phê giai đoạn đầu.

- Phòng tái phát sỏi: nước đủ, ăn nhạt, tăng rau quả – citrate, đánh giá chuyển hóa nếu sỏi tái diễn.

11. Nhóm đặc biệt

- Người cao tuổi: ưu tiên đứng dậy sớm, phòng mê sảng, tối giản thuốc, theo dõi PVR sát.

- Đái tháo đường: kiểm đường chặt → liền thương tốt; đề phòng nhiễm trùng tiểu.

- Một thận độc nhất: mốc tái khám chặt hơn,

đo creatinine, siêu âm ứ nước.

- Sau ghép/tái tạo bàng quang: giáo dục CIC, vệ sinh tay; lịch xét nghiệm điện giải, B12 định kỳ.

12. Checklist xuất viện (60 giây)

- Đau kiểm soát bằng thuốc uống? Ăn – đi lại – tự chăm ống?
- Lịch rút ống (sonde/JJ/PCN/dẫn lưu) ghi rõ ngày.
- Thuốc: đơn gọn, liều – giờ, số ngày.
- Sổ theo dõi tại nhà: nhiệt độ, lượng nước uống – đi tiểu, màu nước tiểu, lượng dẫn lưu.
- Số điện thoại liên hệ 24/7 + cờ đỏ đã dặn.

13. Lời kết – hồi phục là bài học của những điều nhỏ

Phẫu thuật là "khoảnh khắc"; hồi phục là "hành trình". Hành trình ấy được xây nên bởi những điều nhỏ: một viên giảm đau đúng giờ, một ly nước ấm buổi sáng, năm phút Kegel, mười vòng đi bộ quanh giường,

một lần xả túi đúng cách, một trang nhật ký tiểu tiện ghi đều. Khi cộng lại, chúng biến đường dao thành con đường về nhà: người bệnh đi tiểu êm, ngủ được, dám đi xa, dám cười to.

Và khi tái khám, người bệnh nói: "Bác sĩ ơi, em sống dễ hơn rồi," thì ấy là lúc ta biết ca mổ đã thật sự hoàn thành không phải trong phòng mổ, mà trong đời sống thường nhật của họ.

Phần XIII. PHÒNG BỆNH & TỰ CHĂM SÓC (Khi y học không còn là chuyện của bệnh viện, mà trở về với từng cốc nước, giấc ngủ, và thói quen thường ngày)

Đến phần này, ta rời khỏi ánh đèn phẫu thuật, buông tay khỏi những ống soi, dao mổ, để trở lại với điều căn bản nhất của y học: phòng bệnh và tự chăm sóc. Niệu khoa, xét cho cùng, không chỉ là chuyện của sỏi, bướu hay bí tiểu – mà là chuyện của nước, của dòng chảy trong cơ thể, và cách mỗi người giữ cho dòng ấy được trong, được êm, được tự do.

Phần XIII là lời mời bạn đọc – dù là bệnh nhân, người thân hay sinh viên y khoa – bước ra khỏi vai người thụ động để trở thành người hiểu và đồng hành với chính cơ thể mình.

Chương 65 – Uống nước sao cho đúng, cá thể hóa theo thận/bàng quang

Một câu hỏi tưởng đơn giản: “Uống bao nhiêu nước là đủ?” Nhưng câu trả lời lại khác nhau với từng người – người sỏi, người suy thận, người tiểu

đêm, hay người có bàng quang nhạy. Chương này giúp ta tìm điểm cân bằng giữa "đủ" và "quá", giữa "thanh lọc" và "quá tải" – bởi không phải ai cũng cần hai lít nước mỗi ngày, và uống đúng cách đôi khi quan trọng hơn uống nhiều.

Chương 66 – Ăn uống & lối sống phòng sỏi, LUTS, nhiễm tái phát

Y học hiện đại có máy tán sỏi, thuốc mạnh, phẫu thuật tinh vi – nhưng phòng sỏi vẫn bắt đầu từ bàn ăn. Giảm muối, tăng rau, điều chỉnh oxalat, citrat, nước, và vận động – những việc tưởng nhỏ ấy chính là "thuốc dài hạn" của cơ thể. Không chỉ sỏi, mà cả rối loạn tiểu tiện (LUTS) hay nhiễm trùng tái phát đều có phần gốc ở lối sống. Chương này như cuốn "cẩm nang ăn – uống – sống" của hệ tiết niệu, giúp bạn giữ bàng quang khỏe và thận bền theo năm tháng.

Chương 67 – Dấu hiệu cần đi khám niệu khoa & chuẩn bị cho buổi khám

Nhiều người đến muộn, không phải vì bệnh nặng, mà vì ngại, xấu hổ hoặc không biết khi nào nên đi khám. Chương này chỉ ra những dấu hiệu

“đèn vàng” của hệ tiết niệu – đau quặn, đái máu, són, tiểu khó, tiểu đêm, đau lưng, sưng hông – và hướng dẫn chuẩn bị đơn giản mà hiệu quả cho buổi khám: Uống nước thế nào trước siêu âm, nên nhịn ăn hay không, cần mang gì, hỏi gì, ghi lại triệu chứng ra sao. Khi người bệnh hiểu cách đi khám, một nửa chẩn đoán đã bắt đầu từ họ.

Chương 68 – Theo dõi sau điều trị: nhật ký bàng quang, IPSS, PVR & mốc tái khám

Sau mổ hay điều trị, chữa lành không kết thúc ở viện. Theo dõi đúng – ghi nhật ký bàng quang, tính IPSS, đo PVR, hẹn tái khám đúng mốc – giúp phát hiện sớm tái phát, nhiễm, hay biến chứng. Chương này dạy người bệnh tự đo, tự ghi, tự hiểu, biến việc chăm sóc bản thân thành thói quen khoa học.

Phần XIII, vì thế, không phải là “phụ lục” của sách, mà là linh hồn của y học tiết niệu đời thường. Nó nhắc ta rằng, khỏe mạnh không đến từ may mắn, mà từ tri thức và sự đều đặn. Uống nước đúng, ăn đúng, đi khám đúng, theo dõi đúng – bốn thói quen ấy chính là bốn trụ cột của một cuộc sống tiết niệu an lành.

Và có lẽ, khi bạn đọc xong phần này, bạn sẽ hiểu điều giản dị nhất mà cả cuốn sách muốn nói:

“Bác sĩ giỏi nhất của bạn chính là chính bạn – nếu bạn biết lắng nghe cơ thể mình mỗi ngày.”

Chương 65 – Uống nước sao cho đúng: khi mỗi ngụm nước là một sự thấu hiểu với cơ thể mình

Có lẽ trong tất cả lời khuyên về sức khỏe, “uống nhiều nước vào” là câu được nói nhiều nhất – và cũng bị hiểu sai nhiều nhất. Tôi đã gặp không ít bệnh nhân, mỗi ngày cố ép mình uống đến ba bốn lít nước “cho thận sạch”, rồi lại khổ sở vì tiểu đêm bốn, năm lần, ngủ không yên, người mệt mỏi. Cũng có những người khác, vì sợ đi tiểu nhiều mà hạn chế nước, để rồi nước tiểu cô đặc, sỏi hình thành, nhiễm khuẩn tái đi tái lại.

Thế nên, câu hỏi “Uống bao nhiêu nước là đủ?” thật ra không có một con số duy nhất. Nó phụ thuộc

vào từng cơ thể, từng thận, từng bàng quang, từng hoàn cảnh. Và hơn hết, nó phụ thuộc vào sự lắng nghe cơ thể mình.

1. Người bình thường – "uống theo khát, không theo thói quen"

Với người khỏe mạnh, 1,5–2 lít nước mỗi ngày (tính cả nước canh, trái cây) là hợp lý. Không cần ép, không cần đếm từng ly. Chỉ cần nhớ nguyên tắc: uống khi khát, tăng khi nóng, giảm khi lạnh. Cơ thể ta có cơ chế điều hòa tuyệt vời – khát là tín hiệu, đừng xem thường. Nếu nước tiểu vàng đậm, có mùi, hãy uống thêm. Nếu trong suốt, không khát, có thể giảm bớt.

Đừng để việc uống nước trở thành cuộc thi; hãy để nó trở lại là một hành động tự nhiên, nhẹ nhàng và tỉnh thức.

2. Người bị sỏi thận – "nước là thuốc, nhưng thuốc cũng cần liều"

Với người từng bị sỏi tiết niệu, nước đúng là liều thuốc rẻ tiền mà quý giá. Mục tiêu là đủ để nước tiểu trong, lượng tiểu đạt 2–2,5 lít/ngày. Nhưng đừng quên, điều đó không có nghĩa phải uống 4 lít

nước – vì cơ thể vẫn mất nước qua mồ hôi, hơi thở. Hãy rải đều nước cả ngày, tăng thêm khi làm việc nặng, ra mồ hôi nhiều. Uống trước khi đi ngủ một ngụm nhỏ, nhưng tránh uống quá nhiều vào buổi tối. Và nhớ rằng:

- Sỏi canxi: giảm muối, đạm, oxalat (cải bó xôi, trà đậm, socola).
- Sỏi urat: giảm thịt đỏ, nội tạng, bia rượu.
- Sỏi cystin: cần uống nhiều và đều hơn, thậm chí ban đêm.

Nước không chỉ để rửa trôi, mà để giữ dòng chảy. Dòng chảy đều thì sỏi khó kết tinh, niêm mạc được bảo vệ, vi khuẩn ít cơ hội sinh sôi.

3. Người suy thận – "uống ít nhưng đúng"

Với người suy thận mạn, quy tắc lại ngược: uống ít hơn để tránh ứ nước, phù, khó thở. Lượng nước cần nạp = nước tiểu hôm qua + 500 ml (cho mất qua hơi thở, mồ hôi). Nghe có vẻ khắt khe, nhưng chính sự kỷ luật này giúp tránh ngộ độc nước, rối điện giải, tăng huyết áp. Và khi đã lọc máu, việc "uống nước ít" đôi khi còn quan trọng hơn cả thuốc.

Có khi yêu thương cơ thể không phải là cho thật nhiều, mà là cho vừa đủ để nó được yên.

4. Người tiểu đêm & bàng quang nhạy – "điều độ hơn là ép buộc"

Tiểu đêm, bàng quang tăng hoạt, són tiểu – những rắc rối thường gặp ở người lớn tuổi. Ở họ, uống nước không đúng lúc dễ làm bệnh nặng hơn.

- Hãy uống nhiều vào ban ngày, giảm dần sau 18h, tránh uống nhiều trước khi ngủ.
- Tránh trà, cà phê, rượu, nước có ga – vì chúng kích thích bàng quang.
- Giữ ấm, kiểm soát ho mạn, táo bón – những "kẻ đồng phạm" làm tăng áp lực bụng.
- Với người tiểu nhiều đêm, chia nước uống theo nhịp sinh hoạt, thay vì cố "bổ sung" muộn.

Uống nước cũng là bài học của tiết chế và hiểu mình, không phải của "càng nhiều càng tốt."

5. Khi nào nước trở thành lời cảnh báo

Có vài dấu hiệu nhỏ nhưng rất đáng nhớ:

- Uống nhiều mà vẫn khát: kiểm tra đường huyết.
- Uống ít mà tiểu ít, mệt, phù: kiểm tra chức năng thận.
- Uống bình thường mà tiểu buốt, tiểu đục: đi khám nhiễm khuẩn.
- Nước tiểu nâu đỏ: đừng chần chừ – đó có thể là máu.

Cơ thể luôn nói chuyện với ta bằng nước tiểu. Ta chỉ cần chịu khó lắng nghe – màu, mùi, lượng, nhịp – bốn yếu tố đơn giản nhưng đầy ý nghĩa.

6. Uống nước cũng là một lối sống

Cốc nước buổi sáng là lời chào thận. Ly nước ấm giữa ngày là lời xin lỗi bàng quang vì ta đã ngồi quá lâu. Ngụm nước trước khi ngủ là sự biết ơn cơ thể vì đã làm việc suốt cả ngày.

Khi ta uống nước với sự hiểu biết và lòng trân trọng, nó không còn là phản xạ sinh tồn, mà là một nghi lễ chăm sóc bản thân.

7. Lời kết

Mỗi người đều có một “chuẩn nước” của riêng mình. Không phải con số trong sách, mà là cảm nhận của chính cơ thể: mức nước khiến bạn khỏe, nhẹ, ngủ ngon, tiểu êm. Học cách tìm ra chuẩn ấy đó chính là bước đầu tiên của tự chăm sóc trong niệu khoa.

Nước là khởi đầu của sự sống, và cũng là phép thử của sự hiểu mình.

Uống nước đúng, không phải để sống lâu, mà để sống dễ, sống êm, và sống trọn trong từng dòng chảy của chính mình.

Chương 66 – Ăn uống & lối sống phòng sỏi, LUTS, nhiễm tái phát (Cơ thể khỏe không nhờ thuốc, mà nhờ nếp sống đúng bắt đầu từ bữa ăn giản dị mỗi ngày)

Có một sự thật giản đơn mà nhiều người quên mất: đa số bệnh tiết niệu không bắt đầu trong phòng cấp cứu, mà bắt đầu từ bàn ăn. Một bữa ăn quá mặn, một ngày ngồi lì bên máy tính, một thói quen uống ít nước hay “nín tiểu cho xong việc” — tất cả đều âm thầm bào mòn thận và bàng quang. Khoa học có thể tán sỏi, mổ tinh vi, cho thuốc mạnh,

nhưng không một kỹ thuật nào có thể thay thế được thói quen sống lành.

1. Phòng sỏi – bài học của sự cân bằng

Sỏi không tự nhiên sinh ra. Nó kết tinh từ nước tiểu cô đặc, nhiều muối, ít nước, ít vận động. Để phòng sỏi, không cần kiêng khem khổ cực, chỉ cần sống cân bằng:

- Uống nước đủ và đều: chia làm nhiều lần trong ngày, nước tiểu trong là dấu hiệu tốt nhất.
- Giảm muối: muối kéo canxi vào nước tiểu – càng mặn, càng dễ sỏi.
- Ăn đạm vừa phải: thịt đỏ, nội tạng, hải sản nhiều purin → tăng nguy cơ sỏi urat.
- Ăn rau – quả chứa citrate tự nhiên: chanh, cam, bưởi, chuối, dưa hấu – vừa ngon vừa "chống sỏi".
- Tránh oxalat quá mức: trà đặc, cà phê, socola, rau bina – ăn có chừng mực, không cần tuyệt đối cấm.

Một người từng sỏi không cần sống như khổ tu. Họ chỉ cần sống có nhịp – nhịp ăn, nhịp uống, nhịp vận động.

2. Phòng LUTS – đừng để bàng quang "làm việc ngoài giờ"

LUTS (Lower Urinary Tract Symptoms) – những triệu chứng rối loạn đi tiểu: tiểu nhiều, tiểu đêm, mót, són, tia yếu. Phòng LUTS là giữ cho bàng quang ngủ – nghỉ – làm việc đúng giờ.

- Tập đi tiểu theo nhịp: không nín quá lâu (>4h), không đi quá sớm (chưa đầy bàng quang).
- Giảm kích thích: hạn chế cà phê, trà, rượu, nước có ga, đồ cay.
- Kiểm soát táo bón: vì ruột đầy sẽ "ép" lên bàng quang.
- Tập sàn chậu: bài Kegel không chỉ dành cho phụ nữ; nam giới tập đúng cũng giúp giảm són, tăng kiểm soát tiểu.
- Tránh ngồi lâu: vận động 5–10 phút mỗi giờ,

giúp tuần hoàn vùng chậu tốt hơn.

Bàng quang cũng như con người – làm việc suốt ngày sẽ cáu gắt. Cho nó nghỉ đúng lúc, nó sẽ "ngoan" và yên.

3. Phòng nhiễm trùng tiết niệu tái phát – giữ sạch nhưng không cực đoan

Nhiễm trùng tiểu tái phát không chỉ do vi khuẩn, mà do thói quen sinh hoạt thiếu lành mạnh.

- Uống đủ nước: dòng nước mạnh là kháng sinh tự nhiên.
- Không nhịn tiểu: nước ứ là môi trường lý tưởng cho vi khuẩn.
- Vệ sinh đúng cách: rửa từ trước ra sau, tránh dung dịch tẩy rửa mạnh.
- Đi tiểu sau quan hệ tình dục: giúp "rửa trôi" vi khuẩn vào niệu đạo.
- Giảm đường trong khẩu phần: vì vi khuẩn thích "môi trường ngọt".
- Phụ nữ mãn kinh: cân nhắc estrogen tại chỗ

sau khi tham khảo bác sĩ – giúp niêm mạc khỏe, giảm viêm.

- Không tự ý dùng kháng sinh: vì điều đó chỉ khiến vi khuẩn "học cách sống chung" với thuốc.

Giữ cho hệ tiết niệu sạch không có nghĩa là diệt hết vi khuẩn, mà là giữ môi trường đủ mạnh để vi khuẩn không dám sinh sôi.

4. Vận động – "thuốc bổ" của hệ tiết niệu

Ngồi lâu, nằm nhiều làm tuần hoàn chậm, dịch ứ đọng, sỏi dễ hình thành, bàng quang yếu dần. Chỉ cần đi bộ 30 phút mỗi ngày, vươn vai mỗi giờ, hít thở sâu, cũng đủ giúp máu đến thận nhiều hơn, nước tiểu lưu thông hơn. Không cần tập gym hay marathon – chỉ cần đều và bền. Cơ thể không cần cường độ cao, mà cần sự trung thành với thói quen.

5. Giấc ngủ, stress và hệ tiết niệu

Ít ai nghĩ rằng thiếu ngủ và căng thẳng cũng ảnh hưởng đến việc đi tiểu. Căng thẳng làm tăng hormon stress, gây co mạch, tăng huyết áp, rối loạn nhịp bài tiết. Thiếu ngủ làm rối loạn tiết ADH, khiến ta tiểu

đêm nhiều. Giải pháp đơn giản mà hiệu quả:

- Ngủ đủ 6–8 tiếng, ngủ sâu.
- Thư giãn bằng hít thở, nghe nhạc, đọc sách, thiền, hay đơn giản là uống chậm một ly nước ấm.

Khi tâm trí được nghỉ, thận cũng được nghỉ. Giữ cho lòng yên – đó cũng là một cách giữ thận.

6. Một ngày sống lành cho hệ tiết niệu

- Sáng: uống một ly nước ấm sau khi ngủ dậy.
- Trưa: ăn vừa đủ, giảm mặn, có rau, có trái cây.
- Chiều: vận động nhẹ, uống nước rải đều.
- Tối: hạn chế nước sau 19h, không cà phê – rượu – thuốc lá.
- Trước ngủ: đi tiểu, hít thở, buông điện thoại.

Nếu làm được những điều nhỏ này, bạn đã “điều trị dự phòng” cho thận mà không cần thuốc nào cả.

7. Lời kết

Niệu khoa không chỉ nằm ở bệnh viện, mà nằm trong mỗi lựa chọn nhỏ mỗi ngày. Một người ăn nhạt hơn, vận động nhiều hơn, ngủ sâu hơn, uống nước vừa phải hơn – đã làm được điều mà nhiều đơn thuốc không thể.

Sức khỏe tiết niệu, cũng như hạnh phúc, không đến từ những điều lớn lao, mà đến từ những thói quen nhỏ lặp lại mỗi ngày với sự hiểu biết và yêu thương bản thân.

Chương 67 – Dấu hiệu cần đi khám niệu khoa & chuẩn bị cho buổi khám (Khi hiểu đúng, đến đúng lúc – bạn đã giúp bác sĩ đi nửa đường trong chẩn đoán)

Có những bệnh nhân đến muộn không phải vì họ chủ quan, mà vì ngại. Ngại nói về "chuyện tiểu tiện", ngại mô tả triệu chứng "khó nói", ngại để bác sĩ "soi xét chỗ kín". Nhưng hệ tiết niệu – cũng như mọi cơ quan khác – có ngôn ngữ riêng của nó. Và nếu bạn học được cách nghe những tín hiệu ấy, bạn sẽ biết khi nào cần lên đường đi khám, thay vì chờ đến khi cơn đau đã quá muộn.

1. Những “đèn vàng” của hệ tiết niệu

Cơ thể luôn gửi tín hiệu trước khi có biến. Những dấu hiệu dưới đây không nên xem thường:

- Đái máu: dù chỉ một lần, dù không đau. Máu trong nước tiểu không bao giờ là chuyện “hết rồi thôi”. Nó có thể là sỏi, viêm, hoặc thậm chí là u.

- Đau quặn vùng hông lưng: cơn đau lan xuống bẹn, buồn nôn, vã mồ hôi – điển hình cho sỏi niệu quản hoặc tắc nghẽn.

- Tiểu buốt, rắt, đục, hôi: dấu hiệu nhiễm khuẩn đường tiểu, nhất là khi kèm sốt.

- Tiểu khó, tia yếu, rặn lâu, bí tiểu: gợi ý phì đại tuyến tiền liệt, hẹp niệu đạo hoặc rối loạn thần kinh bàng quang.

- Tiểu đêm nhiều (>2 lần), són, tiểu không kịp: có thể do bàng quang tăng hoạt, suy tim, tiểu đường, thuốc lợi tiểu.

- Đau vùng tầng sinh môn, tinh hoàn, bìu, hạ vị: có thể là viêm tuyến tiền liệt, viêm mào tinh,

hoặc thoát vị.

- Phù chân, mệt, chán ăn, buồn nôn: đôi khi là dấu hiệu sớm của suy thận.
- Không đi tiểu được, bụng căng đau: bí tiểu cấp – cần đi cấp cứu ngay, không chờ sáng.

Một quy tắc nhỏ: mọi bất thường về nước tiểu kéo dài hơn 3 ngày hoặc lặp lại nhiều lần, đều cần khám.

2. Khi nào khám cấp cứu, khi nào khám hẹn?

- Cấp cứu ngay:
- Đau quặn + sốt (nguy cơ tắc + nhiễm).
- Bí tiểu cấp.
- Đái máu cục kèm bí, không đi tiểu được.
- Đau bìu đột ngột, sưng to (nguy cơ xoắn tinh hoàn).
- Sốt rét run sau tán sỏi, sau can thiệp.
- Khám hẹn sớm:

- Tiểu buốt, tiểu rắt, đái máu nhẹ, tiểu đêm nhiều.
- LUTS mạn tính, són, đau hông lưng tái diễn.
- Theo dõi sau mổ, sau điều trị sỏi, BPH, ung thư.

3. Cách chuẩn bị cho buổi khám niệu khoa

Nhiều người nghĩ đi khám niệu chỉ cần "mang người đến", nhưng nếu chuẩn bị đúng, kết quả sẽ rõ và nhanh hơn nhiều.

a. Trước buổi khám

- Siêu âm hệ tiết niệu:

Uống 300–500 ml nước trước 30–60 phút để bàng quang căng vừa phải (không quá đầy, không quá rỗng).

Không nên đi tiểu trước khi siêu âm.

- Xét nghiệm máu/nước tiểu:

Lấy mẫu nước tiểu đầu buổi sáng – phần giữa dòng (midstream).

Không lấy nước tiểu đầu dòng hoặc cuối dòng (dễ nhiễm bẩn).

- Chụp CT/niệu đồ:

Nếu bác sĩ dặn nhịn ăn, hãy tuân thủ – vì có thể cần tiêm thuốc cản quang.

- Ghi lại thuốc đang dùng: lợi tiểu, thuốc huyết áp, đái tháo đường, kháng sinh – rất quan trọng.

- Chuẩn bị sẵn bệnh sử:

Đã từng sỏi? Mổ chưa? Có bệnh thận, tiểu đường, tăng huyết áp?

Có sốt, đau, đái máu? Khi nào bắt đầu? Bao lâu thì tái phát?

Nước tiểu thay đổi màu, mùi, lượng thế nào?

b. Với phụ nữ

- Nên khám ngoài kỳ kinh (sau sạch kinh 3–5 ngày).

- Mặc quần áo dễ cởi, tránh dùng dung dịch

rửa phụ khoa mạnh trước khám.

c. Với nam giới

- Nếu khám tuyến tiền liệt, nên nhịn xuất tinh 48 giờ, không đi xe đường dài hoặc đạp xe ngay trước ngày khám (PSA có thể tăng giả).
- Giữ nước tiểu vừa phải, không nhịn tiểu quá lâu gây khó chịu.

4. Những điều nên hỏi bác sĩ

- Bác sĩ nghi ngờ nguyên nhân nào?
- Tôi cần làm thêm xét nghiệm gì, để làm gì?
- Khi nào cần điều trị, khi nào chỉ theo dõi?
- Nếu uống thuốc, tác dụng phụ là gì?
- Bao lâu nên tái khám?
- Dấu hiệu nào thì tôi cần quay lại sớm hơn?

Đừng ngại hỏi. Câu hỏi đúng là một phần của điều trị. Bác sĩ có thể giỏi, nhưng không ai hiểu cơ thể bạn bằng chính bạn.

5. Sau buổi khám – đừng quên "ghi nhớ có mốc"

- Ghi lại chẩn đoán, thuốc, ngày hẹn tái khám.
- Theo dõi triệu chứng: đi tiểu bao nhiêu lần/ ngày, đêm dậy mấy lần, có đỡ đau không.
- Giữ lại kết quả cũ: siêu âm, xét nghiệm, phim CT – sẽ giúp đối chiếu tiến triển sau này.
- Uống thuốc đúng giờ, đủ liều, không ngắt giữa chừng khi thấy "đỡ hơn".

6. Lời kết – đi khám cũng là một kỹ năng

Khám bệnh không chỉ là việc của bác sĩ. Một người biết khi nào cần đi khám, chuẩn bị đúng, hỏi đúng, ghi lại đúng, sẽ giúp cho quá trình chẩn đoán nhanh, chính xác, ít xâm lấn hơn.

Đi khám niệu không đáng sợ. Đáng sợ là chờ quá lâu để đi khám.

Và nếu một ngày bạn bước ra khỏi phòng khám, tay cầm cốc nước tiểu trong veo, bác sĩ cười nhẹ và nói: "Ổn rồi, không sao đâu." Thì chính lúc đó, bạn sẽ hiểu rằng – chủ động đi khám là một món quà

mình tự tặng cho sức khỏe của chính mình.

Chương 68 – Theo dõi sau điều trị: nhật ký bàng quang, IPSS, PVR & mốc tái khám *(Tự đo – tự ghi – tự hiểu: biến hồi phục thành thói quen khoa học)*

1. Vì sao phải theo dõi?

Sau mổ hay điều trị, chữa lành không dừng ở viện. Cơ thể cần thời gian để "lập trình lại": bàng quang lấy lại nhịp chứa–xả, tuyến tiền liệt bớt phù nề, niệu quản hết kích thích, vết khâu ổn định. Theo dõi đúng giúp:

- Phát hiện tái phát (sỏi, hẹp, LUTS trở lại),
- Nhận diện nhiễm trùng từ rất sớm,
- Phát hiện biến chứng muộn (bí tiểu, tồn lưu cao, hẹp niệu đạo),
- Cá thể hóa thuốc và lịch tái khám (đỡ tốn kém, đỡ lo).

2. Nhật ký bàng quang (3–7 ngày): cách ghi đơn giản mà "đắt giá"

Mục tiêu: nhìn được thói quen uống–tiểu thật sự, không dựa trí nhớ.

Cách làm (mẫu 24 giờ):

- Cột 1: Giờ (06:00, 07:30, …, 23:00, 02:00…)
- Cột 2: Lượng uống (ml) – ghi loại nước (nước lọc, cà phê, bia…)
- Cột 3: Lượng tiểu (ml) – dùng cốc có vạch; nếu không đo được, ghi "nhiều/vừa/ít"
- Cột 4: Cảm giác: gấp (✔), són (✔), đau rát (✔), đêm (✔)
- Cột 5: Ghi chú: ho, chạy, cười… có làm són?

Cách đọc nhanh:

- Số lần tiểu/24h (ban ngày & ban đêm tách riêng),
- Thể tích mỗi lần (trung bình & lớn nhất),
- Số lần mót gấp/són,
- Tổng nước uống & đồ kích thích (cà phê, rượu, nước ngọt).

Quy tắc 60 giây: nếu đêm dậy >2 lần hoặc mót gấp/són >1 lần/ngày kéo dài >1 tuần → báo bác sĩ để chỉnh phác đồ.

3. IPSS – thang điểm triệu chứng niệu dưới ở nam (sau BPH/TURP/điều trị nội khoa)

IPSS gồm 7 câu (mỗi câu 0–5 điểm) + 1 câu chất lượng sống (QoL 0–6..

- 0–7: nhẹ, 8–19: vừa, 20–35: nặng.

Cách dùng thực tế:

- Ghi điểm trước điều trị (mốc gốc),
- Lặp lại sau 4–6 tuần, 3 tháng, 6–12 tháng,
- Giảm ≥ 5 điểm hoặc QoL giảm ≥ 2 bậc = đáp ứng có ý nghĩa,
- Nếu điểm đứng yên hoặc tệ hơn sau 6–8 tuần → xem lại tuân thủ thuốc, PVR, nhiễm hoặc cân nhắc can thiệp.

4. PVR – lượng nước tiểu tồn lưu sau khi đi tiểu (Post-Void Residual)

Đo bằng siêu âm (hoặc thông tiểu khi cần).

Cách hiểu nhanh:

- $<$50 ml: bình thường,
- 50–150 ml: "vùng xám" – theo dõi & đối chiếu triệu chứng,
- $>$150–200 ml: đáng chú ý – tìm tắc lối ra (BPH/hẹp) hoặc giảm co bóp (bàng quang lười),
- $>$300 ml nhiều lần: nguy cơ bí mạn → cần phác đồ rõ (α-blocker, rút–đặt sonde, tập bàng quang, cân nhắc can thiệp).

Nguyên tắc vàng: đừng kê thuốc "đè bàng quang nhạy" (kháng cholinergic/β3. khi PVR cao mà chưa rõ nguyên nhân.

5. Lịch mốc tái khám theo nhóm bệnh (gợi ý thực hành)

a) Sau tán sỏi URS/RIRS/ESWL/PCNL

- 2–4 tuần: siêu âm/CT-KUB đánh giá mảnh sót; rút JJ đúng hẹn (thường 1–4 tuần).

- 3 tháng: siêu âm lại; hướng dẫn phòng tái phát sỏi (nước, muối, citrate).
- 6–12 tháng: đánh giá theo nguy cơ; người tái sỏi → làm đánh giá chuyển hóa nước tiểu 24h.

b) Sau TURP/điều trị BPH

- 2–6 tuần: uroflow + PVR + IPSS, nước tiểu sạch; dặn đái máu lấm tấm tuần 2–3 là thường gặp.
- 3–6 tháng: tối ưu thuốc kèm (nếu có), tập bàng quang; theo dõi đái máu, nhiễm.
- Hằng năm: IPSS, PVR; tầm soát hẹp cổ/niệu đạo nếu tiểu yếu trở lại.

c) Sau tạo hình niệu đạo

- 2–3 tuần: VCUG trước rút ống.
- 3 tháng: thăm khám + uroflow;
- 6–12 tháng: nội soi/niệu đạo đồ nếu tia yếu hoặc hay nhiễm.
- Tái hẹp sớm nhỏ → cân nhắc nong chọn lọc;

tái hẹp rõ → đánh giá tái phẫu thuật.

d) Sau tái tạo/augment bàng quang, bàng quang mới từ ruột

- 1–3 tháng: điện giải (HCO_3^-), chức năng thận, tập lịch tiểu theo giờ; dạy CIC nếu tống xuất yếu.
- 6–12 tháng: nội soi/siêu âm khi cần; theo dõi nhiễm, sỏi túi, toan hóa.
- Dài hạn: định kỳ vitamin B12 (nếu dùng hồi tràng dài).

e) Nhiễm trùng tiết niệu tái phát

- 2–4 tuần sau đợt cấp: tổng kết yếu tố nguy cơ, kiểm tra PVR, siêu âm.
- Lập kế hoạch dự phòng: nước, tiểu sau QHTD, estrogen tại chỗ (nữ mãn kinh), +/- dự phòng kháng sinh có chọn lọc.

6. Tự theo dõi tại nhà: "bộ công cụ 4 món"

1. Sổ nhật ký bàng quang (mẫu 3–7 ngày mỗi lần bùng phát).

2. Bảng IPSS (nam) & thang QoL – dán sau tủ thuốc.

3. Nhiệt kế & máy đo huyết áp (nhóm nguy cơ).

4. Danh mục thuốc đang dùng (ảnh chụp toa, liều – giờ).

Cờ đỏ phải liên hệ ngay:

- Sốt $\geq 38^{\circ}C$, rét run, đau hông lưng tăng;
- Đái máu cục + bí;
- Không đi tiểu >6–8 giờ sau rút sonde, bụng căng;
- Đau bìu đột ngột (nghi xoắn),
- Đau tăng + nôn sau tán sỏi, không đỡ.

7. Chỉnh thuốc theo dữ liệu, không theo cảm giác

- IPSS giảm, PVR thấp → có thể giảm liều dần theo bác sĩ.
- IPSS không đổi, PVR cao → đổi chiến lược: đánh giá tắc/giảm co bóp.

- Nhiễm tái phát dù uống đủ → xem lại hành vi, PVR, stent/sonde còn không.
- Kích thích do JJ: α-blocker + uống nước; tái khám nếu đau/sốt.

8. Một trang mẫu – "Nhật ký 24 giờ"

- 06:30: uống 250 ml nước ấm → 07:00: tiểu 220 ml (êm)
- 09:30: cà phê 150 ml → 10:15: tiểu 180 ml (mót gấp ✔)
- 12:30: canh + nước 300 ml → 13:10: tiểu 280 ml (êm)
- 15:30: nước lọc 200 ml → 16:00: tiểu 160 ml (són vài giọt ✔)
- 18:30: hạn chế nước → 21:30: tiểu 220 ml (êm)
- 01:50: dậy đêm 1 lần, 200 ml

Kết luận ngày: tổng uống ~900 ml + canh; tiểu đêm 1; 1 lần mót gấp, 1 lần són nhẹ → điều chỉnh giảm cà phê, tập Kegel, dồn nước vào ban ngày.

9. Lời kết – dữ liệu nhỏ, quyết định lớn

Một bản nhật ký bàng quang gọn gàng, một con số IPSS rõ trước–sau, một PVR đúng mốc… những điều tưởng nhỏ lại giúp bác sĩ ra quyết định chính xác mà không cần thêm xét nghiệm tốn kém. Với người bệnh, đó là cảm giác chủ động: biết mình đang ở đâu trên hành trình hồi phục, biết khi nào nên lo, khi nào có thể yên tâm.

Chăm sóc hệ tiết niệu không phải cuộc chạy nước rút. Đó là bước chân đều đặn mỗi ngày, đi bằng tri thức đơn giản và kỷ luật nhân hậu với chính mình.

Phụ lục A – Từ điển thuật ngữ “Niệu học phiên dịch” (Việt – Anh)

(Dành cho sinh viên, bác sĩ trẻ và độc giả muốn đọc tài liệu quốc tế dễ hơn)

Thuật ngữ tiếng Việt	Thuật ngữ tiếng Anh	Giải thích/ghi chú
Hệ tiết niệu	Urinary system	Bao gồm thận, niệu quản, bàng quang, niệu đạo
Thận	Kidney	Cơ quan lọc máu, điều hòa nước – điện giải
Niệu quản	Ureter	Ống dẫn nước tiểu từ thận xuống bàng quang
Bàng quang	Bladder	Túi chứa nước tiểu
Niệu đạo	Urethra	Ống dẫn nước tiểu ra ngoài
Tuyến tiền liệt	Prostate gland	Tuyến sinh dục phụ ở nam giới

Cầu thận	Glomerulus	Đơn vị lọc vi mô của thận
Ống thận	Renal tubule	Hệ thống tái hấp thu và bài tiết trong nephron
Đơn vị thận (nephron)	Nephron	Đơn vị cấu trúc – chức năng của thận
Mức lọc cầu thận	Glomerular filtration rate (GFR)	Chỉ số đánh giá chức năng thận
Thận ứ nước	Hydronephrosis	Giãn bể thận – đài thận do tắc đường niệu
Sỏi thận	Renal stone / Kidney stone	Tinh thể khoáng tích tụ trong thận
Sỏi niệu quản	Ureteral stone	Sỏi nằm trong niệu quản
Sỏi bàng quang	Bladder stone	Sỏi trong bàng quang
Viêm bàng quang	Cystitis	Nhiễm trùng niêm mạc bàng quang
Viêm bể thận	Pyelonephritis	Nhiễm khuẩn vùng thận – bể

		thận
Bí tiểu cấp	Acute urinary retention	Không tiểu được đột ngột, bàng quang căng
Bí tiểu mạn	Chronic urinary retention	Tiểu không hết, còn tồn lưu (PVR cao)
Tiểu không kiểm soát	Urinary incontinence	Mất khả năng kiểm soát tiểu tiện
Bàng quang tăng hoạt	Overactive bladder (OAB)	Mót gấp, tiểu nhiều, tiểu đêm
LUTS	Lower Urinary Tract Symptoms	Triệu chứng đường tiết niệu dưới
Tiểu máu	Hematuria	Có hồng cầu trong nước tiểu
Tiểu đục	Cloudy urine	Có bạch cầu, mủ hoặc tinh thể
Siêu âm thận – bàng quang	Renal–bladder ultrasound	Thăm dò hình ảnh cơ bản nhất
CT đường tiết niệu	CT KUB (Kidney–Ureter–Bladder)	Chụp cắt lớp phát hiện sỏi, khối, tắc nghẽn
Nội soi bàng	Cystoscopy	Quan sát trực

quang		tiếp niêm mạc bàng quang
Đặt JJ	Double-J stent placement	Ống thông từ thận xuống bàng quang để giải áp
Dẫn lưu thận qua da	Percutaneous nephrostomy (PCN)	Mở thận ra da để thoát nước tiểu
TURP	Transurethral Resection of the Prostate	Cắt nội soi tuyến tiền liệt qua niệu đạo
IPSS	International Prostate Symptom Score	Thang điểm đánh giá LUTS ở nam giới
PVR	Post-Void Residual	Lượng nước tiểu tồn sau đi tiểu
Uroflowmetry	Uroflow	Đo lưu lượng dòng tiểu
PSA	Prostate-Specific Antigen	Marker xét nghiệm sàng lọc ung thư tiền liệt tuyến
Viêm tuyến tiền liệt	Prostatitis	Viêm cấp/mạn tuyến tiền liệt
Ung thư thận	Renal cell	Loại ung thư phổ

	carcinoma	biến nhất của thận
Ung thư bàng quang	Bladder carcinoma	Thường biểu hiện bằng tiểu máu
Ung thư tuyến tiền liệt	Prostate cancer	Gặp ở nam lớn tuổi; tầm soát bằng PSA, MRI
Ung thư tinh hoàn	Testicular cancer	Gặp ở người trẻ; phát hiện sớm → tiên lượng tốt
Ung thư dương vật	Penile cancer	Liên quan vệ sinh, HPV, hẹp bao quy đầu
Hoại thư Fournier	Fournier's gangrene	Nhiễm trùng hoại tử vùng sinh dục – tầng sinh môn
Rối loạn cương	Erectile dysfunction (ED)	Giảm khả năng đạt hoặc duy trì cương cứng
Rối loạn xuất tinh	Ejaculatory disorder	Bao gồm xuất tinh sớm, muộn, trào ngược
Vô sinh nam	Male infertility	Số lượng hoặc chất lượng tinh

		trùng thấp
Lọc máu	Dialysis	Lọc chất độc khỏi máu khi thận suy
Chạy thận nhân tạo	Hemodialysis	Lọc máu qua máy, đường mạch ngoài cơ thể
Lọc màng bụng	Peritoneal dialysis	Lọc qua màng bụng tại nhà
Ghép thận	Kidney transplantation	Thay thế thận bệnh bằng thận hiến
Sa sàn chậu	Pelvic organ prolapse	Tạng chậu sa xuống âm đạo
Tập cơ sàn chậu	Pelvic floor muscle training (Kegel)	Tập kiểm soát tiểu, hỗ trợ niệu đạo
Nhật ký bàng quang	Bladder diary	Ghi lượng uống, tiểu, són, tiểu đêm
Sinh thiết	Biopsy	Lấy mẫu mô chẩn đoán tế bào học
Cấy nước tiểu	Urine culture	Xác định vi

		khuẩn gây bệnh và kháng sinh đồ
Kháng sinh đồ	Antibiogram	Bảng nhạy cảm của vi khuẩn với kháng sinh
Đánh giá chuyển hóa sỏi	Metabolic evaluation for urolithiasis	Phân tích nước tiểu 24h để tìm nguyên nhân sỏi
RAAS	Renin–Angiotensin–Aldosterone System	Hệ điều hòa huyết áp & cân bằng dịch
ADH	Antidiuretic hormone (vasopressin)	Hormon điều hòa giữ nước
Cơn đau quặn thận	Renal colic	Đau do sỏi niệu quản tắc nghẽn gây co bóp
Tắc nghẽn đường niệu	Urinary obstruction	Bất kỳ chỗ nghẽn nào từ thận đến niệu đạo
Bàng quang thần kinh	Neurogenic bladder	Rối loạn chức năng do tổn thương thần kinh
U nang thận	Renal cyst	Tổn thương dạng

		nang, phân loại theo Bosniak
Hẹp niệu quản	Ureteral stricture	Hẹp gây ứ nước, cần nong hoặc tái tạo
Hẹp niệu đạo	Urethral stricture	Thường do viêm, chấn thương, đặt ống lâu ngày
Tái tạo bàng quang	Neobladder reconstruction	Tạo bàng quang mới từ ruột sau cắt bàng quang
Cấy ghép mô da	Skin graft	Kỹ thuật tái tạo trong chấn thương sinh dục
Priapism	Priapism	Cương đau dương vật kéo dài, cấp cứu niệu
Sốc nhiễm khuẩn tiết niệu	Urosepsis	Nhiễm trùng niệu nặng, có rối loạn huyết động

Ghi chú nhỏ từ tác giả

“Học niệu học, khó nhất không phải là nhớ hết thuật ngữ, mà là hiểu đúng và dùng đúng.

Vì mỗi từ trong niệu học – như *obstruction*, *flow*, *pressure*, *voiding* – đều mang theo một tư duy: con người và dòng chảy.

Hãy đọc chậm, hiểu kỹ, rồi bạn sẽ thấy: tiếng Anh không chỉ là ngôn ngữ của y học, mà còn là chiếc cầu nối giữa kinh nghiệm Việt Nam và thế giới.”

Phụ lục B – Sơ đồ quyết định nhanh trong thực hành niệu khoa

(Dành cho bác sĩ trẻ, sinh viên và nhân viên y tế tại tuyến đầu – "khi không có thời gian tra sách, vẫn có thể ra quyết định an toàn")

I. CẤP CỨU TIẾT NIỆU – "Cứu mạng trước, chẩn đoán sau"

1. Vô niệu / Thiểu niệu (< 100 ml/24h)

Bước 1: Xác định thật hay giả

- Loại trừ mất nước, sốc, thuốc lợi tiểu → đo lượng vào – ra.

Bước 2: Phân loại nguyên nhân

Nhóm	Nguyên nhân chính	Hướng xử trí ban đầu
Trước thận	Mất nước, giảm tưới máu, sốc	Bù dịch, điều chỉnh huyết áp
Tại thận	Viêm, hoại tử ống thận, độc chất	Ngừng thuốc độc thận, hỗ trợ nội khoa

Sau thận (tắc)	Sỏi, u, hẹp, phì đại tiền liệt	Siêu âm → Giải áp sớm (JJ / PCN)

Nguyên tắc vàng:

Nếu nghi tắc nghẽn – giải áp ngay, đừng chờ xét nghiệm.

2. Đau quặn thận + sốt → Cấp cứu tắc + nhiễm

Cờ đỏ: rét run, mạch nhanh, HA tụt, đau hông lưng dữ dội.

Làm ngay:

- Đặt đường truyền – truyền dịch vừa đủ.
- Cấy máu + nước tiểu trước kháng sinh.
- Kháng sinh tĩnh mạch phổ rộng ngay (cephalosporin 3, carbapenem, ± amikacin).
- Giải áp khẩn cấp:
- JJ stent nếu đi được đường niệu.
- PCN (dẫn lưu thận qua da) nếu tắc nặng, mủ thận, không đặt JJ được.

3. Bí tiểu cấp

Triệu chứng: căng tức bụng dưới, không tiểu được, vật vã, mồ hôi.

Xử trí:

- Đặt sonde tiểu (Foley) nhẹ nhàng.
- Nếu không vào được → thông trên xương mu.
- Theo dõi huyết áp – mạch – lượng nước tiểu ra.
- Không ép tiểu nhanh (>1 lít/lần) để tránh tụt áp – tiểu máu phản ứng.
- Sau đó: tìm nguyên nhân (BPH, hẹp, thuốc, thần kinh).

4. Chấn thương niệu – nghi rách bàng quang / niệu đạo

- Không cố đặt sonde.
- Siêu âm hoặc chụp niệu đạo đồ / bàng quang đồ.

- Nếu vỡ trong phúc mạc → mổ khâu; ngoài phúc mạc → dẫn lưu + theo dõi.

II. LUTS (RỐI LOẠN TIỂU DƯỚI) – "Ba câu hỏi, ba con đường"

Bước 1: Triệu chứng chiếm ưu thế

Nhóm	Triệu chứng chính	Gợi ý bệnh lý	Xét nghiệm khởi đầu
Tồn trữ (storage)	Tiểu nhiều, mót, són	Bàng quang tăng hoạt (OAB)	Nhật ký bàng quang, PVR
Tống xuất (voiding)	Tiểu yếu, rặn, kéo dài	BPH, hẹp niệu đạo	DRE, PVR, Uroflow
Hậu tiểu (postvoid)	Cảm giác không hết, nhỏ giọt	BPH/hẹp + yếu cơ detrusor	PVR, siêu âm

Bước 2: Đo PVR (siêu âm sau tiểu)

- <50 ml: bình thường → nghĩ OAB.
- >150 ml: nghi tắc/hẹp → α-blocker ± soi.
- >300 ml: bí mạn → xem xét dẫn lưu – tái khám.

Bước 3: Phân tầng điều trị

Mức độ	Hướng xử trí
Nhẹ – Vừa	Tư vấn lối sống (giảm nước buổi tối, hạn chế cà phê, tập Kegel, nhật ký bàng quang)
Vừa – Nặng	Thuốc: α-blocker (BPH), antimuscarinic / β3 (OAB) – sau khi biết PVR
Không đáp ứng	Xem lại chẩn đoán → Soi, Urodynamics, Cân nhắc phẫu thuật (TURP / Sling / Botox)

"Đừng vội kê thuốc khi chưa biết bàng quang còn nước hay không."

III. ĐÁI MÁU – "Không bao giờ được coi là chuyện nhỏ"

Bước 1: Xác định thật hay giả

- Loại trừ thức ăn (củ dền, thuốc rifampicin).
- Que thử nước tiểu: (+) hồng cầu = xác thực.

Bước 2: Phân loại theo vị trí

Loại	Gợi ý	Nguồn
Đầu bãi	Đái máu lúc bắt đầu	Niệu đạo, tuyến tiền liệt
Cuối bãi	Đái máu cuối dòng	Cổ bàng quang, tam giác bàng quang
Toàn bãi	Cả dòng	Bàng quang – thận – niệu quản

Bước 3: Phân tầng nguy cơ

Nguy cơ thấp	Nguy cơ cao
< 40 tuổi, không hút thuốc, đái máu vi thể	> 40 tuổi, đái máu đại thể, hút thuốc, tái diễn

Bước 4: Lộ trình chẩn đoán

- Siêu âm hệ tiết niệu toàn bộ.
- Xét nghiệm nước tiểu + tế bào học (nếu nguy cơ cao).
- CTU (CT Urography) để khảo sát thận–niệu quản.
- Nội soi bàng quang nếu: đái máu đại thể, tái

phát, nguy cơ cao.

"Mọi đái máu đại thể đều cần soi bàng quang ít nhất một lần."

IV. SỎI ĐƯỜNG TIẾT NIỆU – "Từ đau đến quyết định can thiệp"

Bước 1: Xác định vị trí – mức độ

- CT KUB không cản quang là tiêu chuẩn vàng.
- Siêu âm nếu chưa có CT hoặc ở tuyến cơ sở.
- Xác định: thận / niệu quản / bàng quang / niệu đạo.

Bước 2: Quyết định can thiệp

Tình huống	Xử trí ban đầu	Ghi chú
Sỏi nhỏ ≤5 mm, không sốt, tiểu được	Uống nước + thuốc tống sỏi (α-blocker) + theo dõi 2–4 tuần	Tái khám siêu âm/ CT nếu chưa ra
Sỏi >6–7 mm, không xuống được sau 4 tuần	Chuyển can thiệp (URS/ESWL)	Tùy vị trí & điều kiện

Sỏi kèm sốt, ứ nước, đau nặng	Giải áp ngay (JJ / PCN)	Không tán trong nhiễm
Sỏi san hô / nhiều sỏi / hai bên	PCNL / mini-PCNL / mổ mở	Kết hợp đánh giá chuyển hóa

“Tán sỏi có thể làm trong ngày; nhưng phòng sỏi là việc của cả đời.”

V. Mẫu “Checklist 1 phút” tại phòng khám

Bước	**Nội dung kiểm tra nhanh**
1	Hỏi triệu chứng có “đèn đỏ” (đau + sốt, đái máu, bí tiểu, nôn, mệt)
2	Đo sinh hiệu (HA, mạch, nhiệt độ, lượng nước tiểu)
3	Siêu âm nhanh: ứ nước? sỏi? tồn lưu?
4	Xét nghiệm nước tiểu tại chỗ (pH, nitrite, BC, HC)
5	Đánh giá cần chuyển tuyến hay xử trí tại chỗ
6	Tư vấn uống nước, thuốc,

	tái khám có mốc rõ
7	Ghi hồ sơ – ký xác nhận – dặn dò cờ đỏ tái khám

Phụ lục C – MẪU "PHIẾU TÓM TẮT KHÁM TIẾT NIỆU" & "NHẬT KÝ BÀNG QUANG 3 NGÀY"

(Công cụ thực hành lâm sàng dành cho bác sĩ, sinh viên và bệnh nhân – dễ điền, dễ đọc, dễ theo dõi)

I. PHIẾU TÓM TẮT KHÁM TIẾT NIỆU

(Dùng trong khám ngoại trú, tóm tắt nhanh nhưng đủ thông tin để định hướng chẩn đoán và theo dõi)

1. Thông tin chung

Mục	Nội dung
Họ và tên	
Tuổi / Giới	
Nghề nghiệp	
Số hồ sơ / Mã bệnh án	
Ngày khám	
Người ghi phiếu	

2. Lý do đến khám

☐ Tiểu khó

☐ Đái máu

☐ Đau quặn

☐ Bí tiểu

☐ Tiểu nhiều / tiểu đêm

☐ Són tiểu ☐ Khác: .....

3. Tiền sử – yếu tố nguy cơ

Nhóm	**Ghi chú**
Nhiễm trùng tiểu tái phát	
Sỏi / phẫu thuật niệu trước đây	
Đái tháo đường / THA / Gout	
Dùng thuốc: lợi tiểu, kháng cholinergic, ức chế α	
Thói quen: uống nước ít / nhịn tiểu / hút thuốc	
Tiền sử ung thư niệu / tia xạ / chấn thương	

4. Triệu chứng hiện tại

Loại	Mô tả	Thời gian
Đau quặn hông lưng	Bên phải / trái / hai bên	
Tiểu buốt / rắt / đục / hôi	Có / không	
Tiểu máu	Đại thể / vi thể / tái phát	
Bí tiểu / dòng tiểu yếu	Mức độ, khởi phát, gián đoạn	
Tiểu đêm / són tiểu	Số lần / loại són	
Sốt / ớn lạnh / mệt	Có / không	

5. Khám lâm sàng

Mục	Ghi nhận
Sinh hiệu: mạch, HA, nhiệt độ	
Khám bụng – hông lưng	
Sờ bàng quang (căng / rỗng)	
Dấu gõ hông lưng (+/–)	
Khám trực tràng / âm đạo	

(nếu cần)
Tuyến tiền liệt (to / rắn / đau / đều mặt)

6. Cận lâm sàng

Xét nghiệm / Thăm dò	**Kết quả**
Nước tiểu tổng phân tích	
Cấy nước tiểu / Kháng sinh đồ	
Siêu âm thận – bàng quang – tồn lưu	
Uroflow / PVR	
CT KUB / CTU / MRI (nếu có)	
PSA / IPSS / Nhật ký bàng quang	

7. Tóm tắt chẩn đoán sơ bộ

……

……

8. Hướng xử trí

☐ Tư vấn lối sống – uống nước ☐ Thuốc (ghi rõ) ☐ Đặt sonde / JJ ☐ Chuyển tuyến ☐ Theo dõi tái khám sau ..... ngày

9. Ghi chú & Dặn dò bệnh nhân

- Uống nước đủ theo chỉ định cá thể.
- Báo ngay nếu: sốt >38°C, đái máu cục, đau tăng, bí tiểu.
- Giữ phiếu này để đối chiếu mỗi lần tái khám.

II. NHẬT KÝ BÀNG QUANG 3 NGÀY

(Dành cho người bệnh có triệu chứng tiểu nhiều, són, tiểu đêm, bàng quang tăng…)

Hướng dẫn:

- Ghi trong 3 ngày liên tiếp (kể cả cuối tuần).
- Mỗi dòng = 1 lần uống nước hoặc đi tiểu.
- Dùng cốc có vạch chia ml để đo lượng nước tiểu.
- Nếu không đo được, ghi “nhiều / vừa / ít”.

- Đánh dấu các sự kiện: uống nước, đi tiểu, són / rò / đau / mót gấp.

Ngày 1

Giờ	Lượng uống (ml)	Loại nước	Lượng tiểu (ml)	Cảm giác khi tiểu	Ghi chú
06:30	250	Nước ấm	220	Bình thường	
09:00	150	Cà phê	180	Mót gấp	
12:00	300	Canh + nước	280	Bình thường	
15:30	200	Nước lọc	170	Bình thường	
18:30	250	Nước + cơm	230	Bình thường	
22:00	100	Sữa	200	Bình thường	
02:00	–	–	180	Dậy đêm	

Ngày 2

Giờ	Lượng uống	Loại nước	Lượng tiểu	Cảm giác khi	Ghi chú

	(ml)		(ml)	tiểu
06:00	200	Nước ấm	180	Bình thường
08:00	150	Trà	160	Bình thường
10:00	–	–	150	Mót gấp
13:00	300	Canh	290	Bình thường
17:30	250	Nước lọc	240	Bình thường
21:30	100	Sữa	210	Bình thường
02:30	–	–	200	Dậy đêm

Ngày 3

Giờ	Lượng uống (ml)	Loại nước	Lượng tiểu (ml)	Cảm giác khi tiểu	Ghi chú
07:00	250	Nước ấm	230	Bình thường	
10:00	150	Cà phê	160	Mót gấp	
12:30	300	Canh	290	Bình thường	

15:00	200	Nước lọc	190	Bình thường
19:00	250	Nước	230	Bình thường
22:30	100	Sữa	200	Bình thường
03:00	–	–	190	Dậy đêm

Tổng kết 3 ngày

Chỉ số	**Giá trị**
Tổng nước uống trung bình/24h	..... ml
Tổng nước tiểu trung bình/24h	..... ml
Số lần tiểu/24h (trung bình)	.....
Số lần tiểu đêm	.....
Số lần mót gấp / són	.....
Lượng tiểu trung bình mỗi lần	..... ml
Lượng tiểu lớn nhất	..... ml

Nhận xét sơ bộ

- Mức uống nước phù hợp / cần điều chỉnh
- Bàng quang dung tích tốt / nhỏ / tăng hoạt
- Tiểu đêm đáng kể / bình thường
- Gợi ý: luyện trì hoãn, giảm kích thích, điều chỉnh thuốc

Ghi chú: *Nhật ký bàng quang không chỉ là bảng số liệu – đó là "bức tranh chân thật nhất" của đời sống tiểu tiện. Một bác sĩ chỉ cần nhìn vào ba ngày ấy, đã có thể hiểu rõ nhịp sinh học của người bệnh hơn hàng chục kết quả xét nghiệm.*

Phụ lục D – Tham khảo chọn lọc & khuyến cáo thực hành

(Cập nhật tinh gọn cho bác sĩ lâm sàng; ưu tiên khuyến cáo mới 2024–2025)

1. Nguyên tắc dùng kháng sinh có trách nhiệm (Antibiotic stewardship)

- Ưu tiên kháng sinh Access khi phù hợp, hạn chế Watch, chỉ dùng Reserve khi thật cần và có chỉ điểm vi sinh. Mục tiêu hệ thống: ≥60% tiêu thụ thuộc nhóm Access.

- Luôn cấy máu/nước tiểu trước khi dùng kháng sinh tĩnh mạch ở ca nặng. Không có dẫn lưu, kháng sinh khó thắng.

2. Cấp cứu niệu: "GIẢI ÁP trước – chẩn đoán sau"

- Tắc + nhiễm (sốt, rét run, đau hông lưng, ứ nước): khởi kháng sinh TM ngay, giải áp cấp bằng đặt JJ nếu đi đường tự nhiên được; nếu không, PCN. Tránh tán sỏi khi còn nhiễm.

- Vô niệu nghi tắc: siêu âm nhanh tìm ứ nước;

nếu gợi ý tắc, đặt JJ/PCN không chậm trễ.

3. Đái máu: phân tầng nguy cơ & lộ trình tối thiểu

- Vi thể/đại thể đều cần phân tầng theo tuổi, hút thuốc, mức độ và tái diễn. Nhóm nguy cơ cao ($\geq$40 tuổi, đái máu đại thể, hút thuốc): CT urography (đường niệu trên) + nội soi bàng quang (đường niệu dưới).

- Theo dõi định kỳ dựa trên nguy cơ và nguyên nhân, tránh "bỏ rơi" nhóm vi thể tái diễn.

4. Sỏi đường tiết niệu: chọn cách can thiệp theo kích thước–vị trí

- Chẩn đoán hình ảnh ưu tiên: CT KUB không cản quang để định kích thước/vị trí; siêu âm khi hạn chế CT (thai, trẻ, tuyến cơ sở).

- Theo dõi tống sỏi: sỏi niệu quản $\leq$5–6 mm, không nhiễm, kiểm soát đau được $\rightarrow$ theo dõi + có thể dùng α-blocker. Không kéo dài quá 4–6 tuần nếu chưa ra.

- Chỉ định can thiệp: URS/RIRS cho sỏi niệu quản giữa–dưới; ESWL cân nhắc cho sỏi nhỏ, mật độ thấp; (mini-)PCNL cho sỏi lớn/san hô.

- Điểm mới EAU 2025: cập nhật "Summary of Changes" về chọn phương án theo kích thước, dày đặc sỏi, và chiến lược theo dõi sau can thiệp.

- Phòng tái phát: đánh giá chuyển hoá khi sỏi tái diễn; tư vấn nước–muối–citrate; AUA y học quản lý sỏi nhấn mạnh dinh dưỡng và theo dõi.

5. LUTS/BPH: đo PVR trước khi "đè" bàng quang nhạy

- Bộ ba khởi đầu: IPSS + khám trực tràng (DRE) + PVR; uroflow nếu có.

- Điều trị bậc thang:

- Lối sống (nước theo giờ, giảm kích thích),

- α-blocker; thêm 5-ARI khi thể tích tuyến lớn/PSA cao;

- Kháng muscarinic/β3 chỉ khi PVR thấp (tránh bí).

- Can thiệp (TURP, laser, MIST): khi thất bại nội khoa, bí tái phát, biến chứng (nhiễm/sỏi/ứ nước).

6. Nhiễm khuẩn tiết niệu

- EAU 2025 (cập nhật giới phân loại UTI mới): nhấn mạnh tách bạch đơn giản vs phức tạp, vai trò chẩn đoán nhanh, và khởi trị theo mô hình kháng tại chỗ.

- IDSA cUTI (2025.: khuyến cáo phác đồ thực hành cho cUTI nội/ngoại trú; tối ưu thời gian điều trị; luôn đánh giá nguồn tắc cần giải áp.

- Gắn stewardship (AWaRe) vào lựa chọn thuốc: ưu tiên Access nếu phù hợp; theo kháng sinh đồ khi có.

7. Sàn chậu & tiểu không kiểm soát ở nữ

- NICE NG123: đánh giá toàn diện (khám, nhật ký bàng quang, thử điều trị bảo tồn), PFMT có giám sát 3 tháng trước khi tính đến thủ thuật; ra quyết định phẫu thuật kiểu shared decision-making (bao gồm tư vấn nguy cơ liên quan lưới).

8. Tài liệu tham khảo cốt lõi (chọn lọc)

- EAU Guidelines (cổng tổng): cập nhật thường niên cho toàn bộ chuyên ngành.
- EAU Urolithiasis 2024/2025 (full & changes): khuyến cáo chi tiết + điểm mới.
- EAU Urological Infections 2025 (full): bản PDF đầy đủ, có thuật toán và công cụ bỏ túi.
- AUA LUTS/BPH 2023–2024 (unabridged PDF): thuật toán điều trị theo mức độ & biến chứng.
- AUA/SUFU Microhematuria 2025: khung tiếp cận, phân tầng nguy cơ.
- AUA Medical Management of Kidney Stones: nhấn mạnh dự phòng chuyển hoá.
- IDSA cUTI 2025: quản lý thực hành cUTI.
- WHO AWaRe 2025 / Antibiotic Book: định hướng stewardship lâm sàng.
- NICE NG123 (UI & POP): khuyến cáo thực hành cho tiểu không kiểm soát/sa sàn chậu ở

nữ.

9. “Bảng nhắc nhanh” treo tại phòng khám

- Đau + sốt + ứ nước ⇒ GIẢI ÁP ngay (JJ/PCN) + KS TM.
- Đái máu đại thể ⇒ CTU (hoặc siêu âm nếu hạn chế) + SOI bàng quang ở nhóm nguy cơ.
- LUTS ⇒ IPSS + PVR trước khi kê antimuscarinic/β3.
- Sỏi ≤5–6 mm, không nhiễm ⇒ theo dõi có mốc; >6–7 mm hoặc không ra sau 4–6 tuần ⇒ URS/ESWL.
- UTI tái phát ⇒ tìm yếu tố cơ học (PVR, stent/sonde), giáo dục hành vi; chọn KS theo AWaRe.

10. Lời kết thực hành

Phần tham khảo này được chọn theo tiêu chí: mới – thực dụng – có thuật toán. Khi lâm sàng “nóng tay”, hãy quay lại 5 mấu chốt: An toàn – Giải áp – Chẩn đoán đích – Điều trị đủ – Theo dõi có mốc. Những nguyên tắc ấy, cộng với khuyến cáo cập

nhật, sẽ giúp bạn đưa người bệnh về lại cuộc sống êm dòng – ít sợ – bền lâu.